



This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

- + *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
- + *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
- + *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
- + *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at <http://books.google.com/>



A propos de ce livre

Ceci est une copie numérique d'un ouvrage conservé depuis des générations dans les rayonnages d'une bibliothèque avant d'être numérisé avec précaution par Google dans le cadre d'un projet visant à permettre aux internautes de découvrir l'ensemble du patrimoine littéraire mondial en ligne.

Ce livre étant relativement ancien, il n'est plus protégé par la loi sur les droits d'auteur et appartient à présent au domaine public. L'expression "appartenir au domaine public" signifie que le livre en question n'a jamais été soumis aux droits d'auteur ou que ses droits légaux sont arrivés à expiration. Les conditions requises pour qu'un livre tombe dans le domaine public peuvent varier d'un pays à l'autre. Les livres libres de droit sont autant de liens avec le passé. Ils sont les témoins de la richesse de notre histoire, de notre patrimoine culturel et de la connaissance humaine et sont trop souvent difficilement accessibles au public.

Les notes de bas de page et autres annotations en marge du texte présentes dans le volume original sont reprises dans ce fichier, comme un souvenir du long chemin parcouru par l'ouvrage depuis la maison d'édition en passant par la bibliothèque pour finalement se retrouver entre vos mains.

Consignes d'utilisation

Google est fier de travailler en partenariat avec des bibliothèques à la numérisation des ouvrages appartenant au domaine public et de les rendre ainsi accessibles à tous. Ces livres sont en effet la propriété de tous et de toutes et nous sommes tout simplement les gardiens de ce patrimoine. Il s'agit toutefois d'un projet coûteux. Par conséquent et en vue de poursuivre la diffusion de ces ressources inépuisables, nous avons pris les dispositions nécessaires afin de prévenir les éventuels abus auxquels pourraient se livrer des sites marchands tiers, notamment en instaurant des contraintes techniques relatives aux requêtes automatisées.

Nous vous demandons également de:

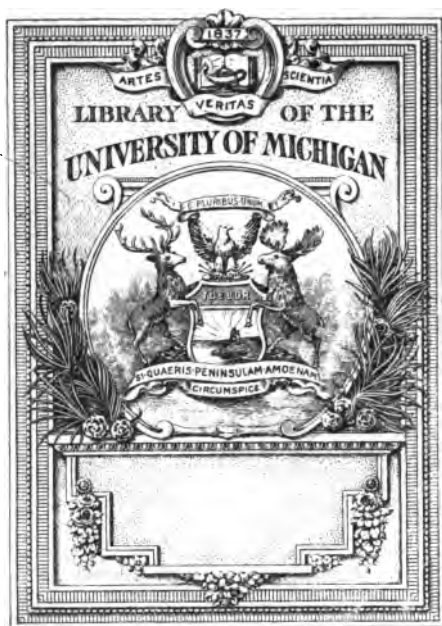
- + *Ne pas utiliser les fichiers à des fins commerciales* Nous avons conçu le programme Google Recherche de Livres à l'usage des particuliers. Nous vous demandons donc d'utiliser uniquement ces fichiers à des fins personnelles. Ils ne sauraient en effet être employés dans un quelconque but commercial.
- + *Ne pas procéder à des requêtes automatisées* N'envoyez aucune requête automatisée quelle qu'elle soit au système Google. Si vous effectuez des recherches concernant les logiciels de traduction, la reconnaissance optique de caractères ou tout autre domaine nécessitant de disposer d'importantes quantités de texte, n'hésitez pas à nous contacter. Nous encourageons pour la réalisation de ce type de travaux l'utilisation des ouvrages et documents appartenant au domaine public et serions heureux de vous être utile.
- + *Ne pas supprimer l'attribution* Le filigrane Google contenu dans chaque fichier est indispensable pour informer les internautes de notre projet et leur permettre d'accéder à davantage de documents par l'intermédiaire du Programme Google Recherche de Livres. Ne le supprimez en aucun cas.
- + *Rester dans la légalité* Quelle que soit l'utilisation que vous comptez faire des fichiers, n'oubliez pas qu'il est de votre responsabilité de veiller à respecter la loi. Si un ouvrage appartient au domaine public américain, n'en déduisez pas pour autant qu'il en va de même dans les autres pays. La durée légale des droits d'auteur d'un livre varie d'un pays à l'autre. Nous ne sommes donc pas en mesure de répertorier les ouvrages dont l'utilisation est autorisée et ceux dont elle ne l'est pas. Ne croyez pas que le simple fait d'afficher un livre sur Google Recherche de Livres signifie que celui-ci peut être utilisé de quelque façon que ce soit dans le monde entier. La condamnation à laquelle vous vous exposeriez en cas de violation des droits d'auteur peut être sévère.

À propos du service Google Recherche de Livres

En favorisant la recherche et l'accès à un nombre croissant de livres disponibles dans de nombreuses langues, dont le français, Google souhaite contribuer à promouvoir la diversité culturelle grâce à Google Recherche de Livres. En effet, le Programme Google Recherche de Livres permet aux internautes de découvrir le patrimoine littéraire mondial, tout en aidant les auteurs et les éditeurs à élargir leur public. Vous pouvez effectuer des recherches en ligne dans le texte intégral de cet ouvrage à l'adresse <http://books.google.com>



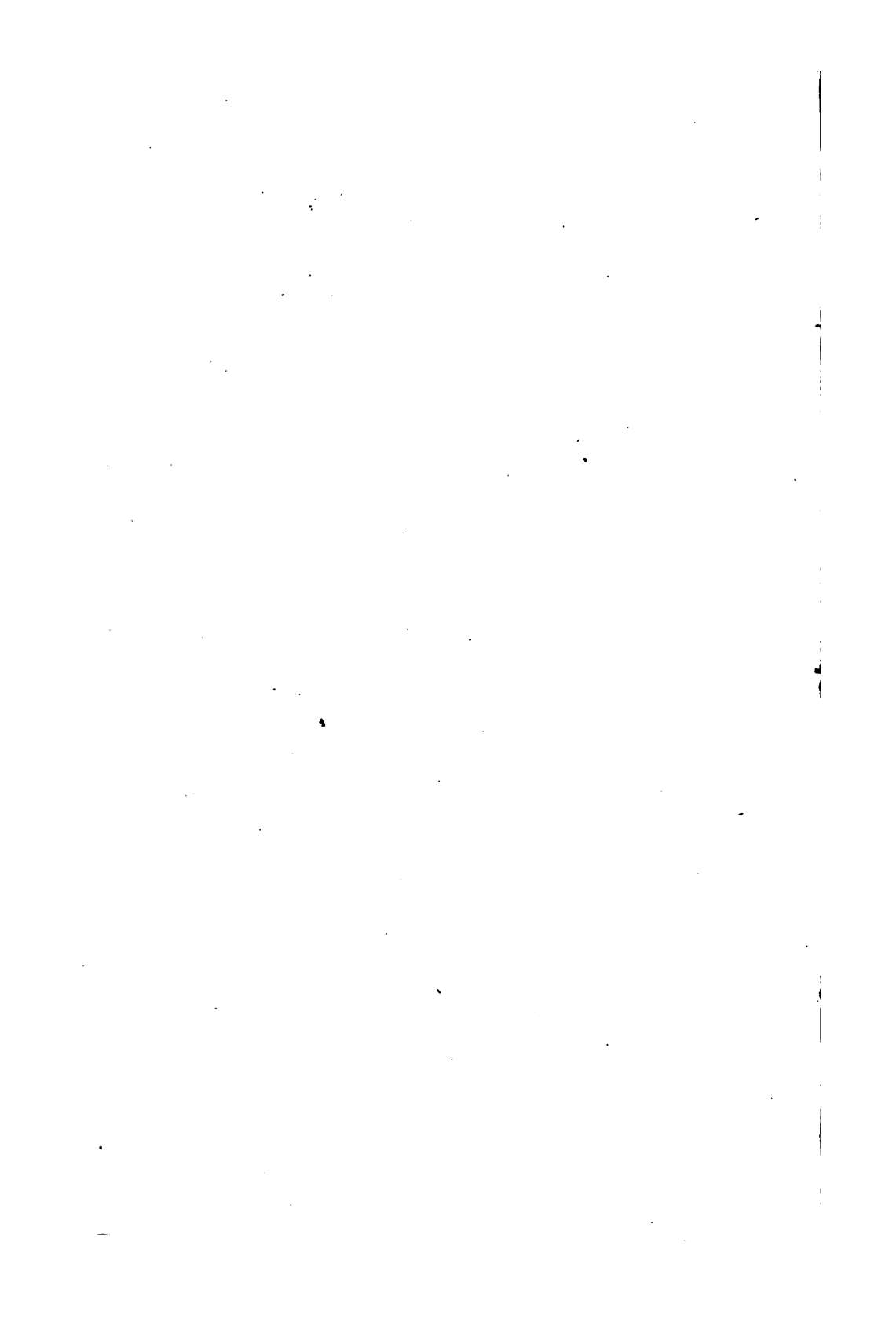
A 3 9015 00381 029 1
University of Michigan - BUHR



600.5

S678

A53



BULLETINS
DE LA
SOCIÉTÉ ANATOMIQUE
DE PARIS.

28^e ANNÉE. — 1853.

Ces Bulletins renferment le recueil d'anatomie pathologique le plus complet qui existe ; on y trouve l'exposé de tous les cas intéressants observés depuis vingt-huit ans dans tous les hôpitaux de Paris : tous les faits ayant été discutés au sein de la Société, offrent un degré d'authenticité qu'on chercherait en vain dans d'autres recueils.

Ces Bulletins paraissent le dernier vendredi de chaque mois, par cahier de 32 pages. Le prix de l'abonnement annuel est de 6 fr. pour Paris, et 7 fr. 50 pour les départements.

La collection de 1826 à 1853, 28 vol. in-8. 140 fr.

Il existe quelques années séparées qu'on peut se procurer à raison de 3 fr. les 8 premières et les autres à 5 fr. chaque.

Librairie médicale de Germer Baillière.

- BARTHEZ et RILLIET. *Traité clinique et pratique des maladies des enfants.* 1833, 5 vol. in-8, 2^e édit. considérablement augmentée. 24 fr.
- BÉRAUD. *Manuel de physiologie humaine et des principaux vertébrés, répondant à toutes les questions physiologiques du programme des examens de fin d'année, avec des notes par M. ROBIN, agrégé de la Faculté de médecine de Paris.* 1833, 1 vol. gr. in-48. 8 fr.
- CHOMEL. *Leçons de clinique médicale faites à l'Hôtel-Dieu de Paris, recueillies et publiées sous ses yeux par MM. les docteurs GENEST, REQUIN et SESTIER.* 1834-1840, 5 vol. in-8. 21 fr.
- DEVERGIE (Alph.). *Médecine légale, théorique et pratique, avec le texte et l'interprétation des lois relatives à la médecine légale, revus et annotés par DEHAENEY DE ROBÉCOURT, conseiller à la Cour de cassation.* 3^e édit., 1832, 3 vol. in-8. 23 fr.
- DUPUYTREN. *Leçons orales de clinique chirurgicale faites à l'Hôtel-Dieu de Paris, recueillies et publiées par MM. BRIERE DE BOISMONT et MARX.* 2^e édition, 1839, 6 vol. in-8. 36 fr.
- DURAND-FARDEL. *Traité pratique des maladies des vieillards.* 1835, 1 fort vol. in-8. 9 fr.
- JACQUEMIER. *Manuel des accouchements et des maladies des femmes grosses et accouchées, contenant les soins à donner aux nouveaux-nés.* 1846, 2 vol. gr. in-18 de 1520 pag., avec 63 figures. 9 fr.
- JAMAIN. *Nouveau traité élémentaire d'anatomie descriptive et de préparations anatomiques, suivi d'un précis d'Embryologie, par M. Verneuil, professeur de la Faculté de médecine de Paris.* 1853, 1 vol. gr. in-18 avec 146 figures dans le texte. 12 fr.
- JAMAIN. *Manuel de petite chirurgie, contenant les pansements, les bandages, les appareils de fractures, les pessaires, les bandages herniaires, les ponctions, les vaccinations, les incisions, la saignée, les ventouses, le phlegmon, les abcès, les plaies, les brûlures, les ulcères, le cathétérisme, l'extraction des dents, les agents anesthésiques, etc.* 2^e édition entièrement refondue, 1 vol. gr. in-18, avec 189 figures dans le texte, 1853. 6 fr.
- NÉLATON. *Éléments de pathologie chirurgicale.* 1844-1853, 3 vol. in-8. 23 fr.
- REQUIN. *Éléments de pathologie médicale.* 1845-1851, 3 vol. in-8. 23 fr.
- VELPEAU. *Leçons orales de clinique chirurgicale faites à l'hôpital de la Charité, recueillies et publiées par MM. JEANSELME et P. PAVILLON.* 1840-41, 3 vol. 21 fr.

BULLETINS

DE LA 74364

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

DE PARIS,

RÉDIGÉS PAR MM.

BARTH, BECQUEREL, BÉHIER, BELL, BÉRARD,
BOURDON, BROCA, BURGUIÈRE,
DE CASTELNAU, CAZALIS, CHASSAIGNAC, CONTOUR,
CRUVEILHIER, DEBROU, DEMARQUAY, DEMAUX, DENONVILLIERS,
DENUCÉ, DEPAUL, DEPUISAYE, DÉSORMEAUX, DEVILLÉ, DIDAY, DURAND-
FARDEL, FAUVEL, FIAUX, FIGUIÈRE, FORGET, GAUBRIC, GIRALDÈS,
GOSSELIN, GUÉNEAU DE MUSSY, HARDY, HÉRARD, HOUEL,
JAMAIN, LANDOUZY, LENOIR, LEUDET, LIVOIS,
MAILLIOT, MAISONNEUVE, MARÉCHAL, MAROTTE,
MERCIER, MORET, MOUTARD-MARTIN, NIVET, OULMONT, PIGNÉ,
POUMET, PRESTAT, RENDU, RICHARD, ROGÉE,
ROGER, ROYER-COLLARD, SESTIER,
SONNIÉ, A. TARDIEU, TAVIGNOT THIBAUT, VALLEIX,
VERNEUIL, VIGLA.

28^e ANNÉE,

RÉDIGÉE PAR M. FOUCHER, SECRÉTAIRE.

PARIS.

GERMER BAILLIÈRE, LIBRAIRE-ÉDITEUR,
17, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE.

LONDRES,	MADRID,
H. BAILLIÈRE, 249, Regent-Street.	CH. BAILLY-BAILLIÈRE.
NEW-YORK, CH. BAILLIÈRE.	

1853.

LISTE

DÉS MEMBRES DE LA SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

—
28^e ANNÉE.
—

3^e SÉRIE DÉCENNALE, VOL. VIII^e.

Bureau.

Président	MM. CRUVEILHIER.
Vice-président	DENUCE.
Secrétaire	FOUCHER.
Vice-secrétaire	BAUCHET.
Trésorier	BLAIN DES CORMIERS.
Archiviste	POUMET.

Titulaires.

MM.

BARTH, médecin de l'hôpital Beaujon, agrégé de la Faculté.
BAUCHET, interne des hôpitaux.
BLAIN DES CORMIERS, ex-élève des hôpitaux, D. M. P.
BLIN (Louis), interne des hôpitaux.
BLONDEAU, ex-interne des hôpitaux, D. M. P.
BROCA, agrégé de la Faculté, chirurgien du bureau central.
CAUDMONT, ex-élève des hôpitaux, D. M. P.
CRUVEILHIER, professeur à la Faculté, médecin de la Charité.
DENUCE, ex-interne des hôpitaux, aide d'anatomie de la Faculté.

MM.

- FOUCHER**, ex-interne des hôpitaux, aide d'anatomie de la Faculté de médecine.
GÉRY, interne des hôpitaux.
GOUPIL, interne des hôpitaux.
LEUDET, interne des hôpitaux, D. M. P.
MOREAU (Alexis), ex-interne, ex-chef de clinique de la Faculté de médecine, D. M. P.
POUMET, ex-interne des hôpitaux, D. M. P.
RICHARD, ex-interne des hôpitaux, D. M. P.
ROMBEAU, interne des hôpitaux.
VERNEUIL, agrégé de la Faculté.

*Adjoints.***MM.**

- ALBY**, interne des hôpitaux.
ANDRÉ, élève des hôpitaux.
ARRACHARD, interne des hôpitaux.
AXENFELD, interne des hôpitaux.
BIDART, interne des hôpitaux.
BOULLARD, prosecteur de la Faculté.
BUCQUOY, interne des hôpitaux.
CANUET, interne des hôpitaux.
CARON, interne des hôpitaux.
CHARCOT, chef de clinique de la Faculté.
CHARRIER, interne des hôpitaux.
COLLIN, chef de clinique à Alfort.
COMBESSIS, interne des hôpitaux.
CUSCO, chirurgien du bureau central.
DELPECH, agrégé de la Faculté.
DESNOS, interne des hôpitaux.
DÉSORMEAUX, chirurgien du bureau central.
DESTOUCHES, ex-interne des hôpitaux, D. M. P.
DIDION, D. M. P.
DUBREUIL, ex-interne des hôpitaux, D. M. P.
DUCLOS, interne des hôpitaux.
DUMÉNIL, interne des hôpitaux.
EMPIS, ex-interne des hôpitaux, chef de clinique de la Faculté.
FIRMIN, ex-interne des hôpitaux, D. M. P.

MM.

FOLLIN, agrégé de la Faculté, chirurgien du bureau central.
FORGET, D. M. P.
GALLARD, interne des hôpitaux.
GAUJOT, interne des hôpitaux.
GRAU, interne des hôpitaux.
GRUBY, D. M. P.
GUBLER, agrégé de la Faculté, médecin du bureau central.
HENRY, interne des hôpitaux.
HERSENT, ex-chef de clinique de la Faculté.
ISAMBERT, interne des hôpitaux.
JARJAVAY, agrégé de la Faculté, chirurgien des hôpitaux.
LABRIC, ex-interne des hôpitaux, D. M. P.
LAMBERT, interne des hôpitaux.
LEGENDRE, ex-interne des hôpitaux, D. M. P.
LORRAIN, interne des hôpitaux.
MAINGAULT, interne des hôpitaux.
MARCÉ, interne des hôpitaux.
MAURICE, interne des hôpitaux.
MESNET, ex-interne des hôpitaux, D. M. P.
MOLLOY, D. M. P.
MOREAU (Armand), interne des hôpitaux.
MOYNIER, interne des hôpitaux.
PARMENTIER, ex-interne des hôpitaux.
PERDRIGEON, ex-interne des hôpitaux, D. M. P.
PIBRET, interne des hôpitaux.
PINAULT, interne des hôpitaux.
PIOGEY, ex-interne des hôpitaux, D. M. P.
PROST, interne des hôpitaux.
SAINET, ex-interne des hôpitaux, D. M. P.
SÉE, interne des hôpitaux.
THIBIERGE, interne des hôpitaux.
TITON, interne des hôpitaux.
TRÉLAT, aide d'anatomie de la Faculté.
VAUTHIER, interne des hôpitaux.
VIALLET, ex-interne des hôpitaux, D. M. P.
VIDAL, interne des hôpitaux.
ZAMBACO, interne des hôpitaux.

4

Correspondants.

MM.

ABBOTH.

ASTRIÉ, ex-interne des hôpitaux, D. M. P.

BÉCHET, ex-interne des hôpitaux, D. M. P.

DUFOUR (Albert), ex-interne des hôpitaux, D. M. P.

GALLIET, professeur d'anatomie à Reims.

HEIFELDER fils, d'Erlangen.

PAVY, prosecteur de l'hôpital Guy, de Londres.

SALNEUVE, ex-interne des hôpitaux, D. M. P.

SURMAY, ex-interne des hôpitaux, D. M. P.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

XXVIII^e ANNÉE.

Bulletin N^o 1. — Janvier 1853.

RÉDIGÉ

PAR M. FOUCHER, VICE-SECRÉTAIRE.

SOMMAIRE.

Extrait des procès-verbaux des séances de la Société.

1. Persistance du canal artériel et du trou de Botal. — 2. Anévrisme de la crosse de l'aorte. — 3. Oblitération de la veine cave supérieure. — 4. Cancer de l'épiploon. — 5. Néphrite. — 6. Fistule urinaire. — 7. Kyste sus-hyoldien. — 8. Ulcération chronique simple de l'estomac. — 9. Corps fibreux de l'utérus et kystes de l'ovaire. — 10. Cancer et hypertrophie de l'utérus. — 11. Anomalie du muscle grand pectoral. — 12. Petite tumeur de la peau de l'avant-bras; déchirure du foie. — 13. Cancer du foie. — 14. Ulcération du gros intestin. — 15. Tumeur de l'intérieur du cœur. — 16. Absence de l'une des artères ombilicales. — 17. Ulcération du gros intestin. — 18. Tumeur du lobule de l'oreille. — 19. Cystocèle inguinale. — 20. Tumeur du bassin. — 21. Os rachitiques. — 22. Cancer du pylore. — 23. Diastase de la symphyse pubienne. — 24. Cancer du médiastin antérieur. — 25. Antéflexion de l'utérus chez l'enfant. — 26. Kyste purulent. — 27. Ulcération du cartilage de la seconde côte. — 28. Tumeurs cancéreuses du crâne. — Observation de M. Gaujat. — Extrait du rapport de M. Lebert.

PRÉSIDENCE DE M. CAUVELHIER.

1. M. *Pibret* présente les organes thoraciques d'un enfant de cinquante-trois jours sur lesquels on constate la persistance du canal artériel et du trou de Botal. Cet enfant a offert une teinte cyanosée depuis sa naissance, il était bien conformé du reste. Il est entré à deux reprises à l'hospice des Enfants-Trouvés. Une première

fois, il y est resté six jours pour un muguet. La coloration violacée était très intense à cette époque. Une seconde fois, le 31 décembre, il est rentré avec les symptômes d'une petite vérole dont il est mort le 5 janvier. La cyanose était moins prononcée ; elle a même semblé diminuer dans les derniers jours, et au moment de la mort elle n'était plus apparente qu'aux extrémités supérieures et inférieures. A l'autopsie nous avons trouvé le cœur d'un volume ordinaire. L'aorte ouverte avait son calibre normal ainsi que l'artère pulmonaire. Entre ces deux vaisseaux et partant de la concavité de l'aorte pour venir se rendre au point de bifurcation de l'artère pulmonaire existait un canal perméable dans lequel passait facilement une sonde cannelée, et qui était le canal artériel non oblitéré. De plus, l'orifice du trou de Botal n'était pas oblitéré. Les deux ventricules contenaient du sang fluide et noir. Au-dessus et au-dessous du canal artériel le sang dans l'aorte offrait le même aspect.

M. Depaul. On ne connaît pas l'époque fixe de l'oblitération du canal artériel. Je ne sais pas si l'on est autorisé à voir dans ce cas une persistance anormale, d'autant plus que le calibre du canal artériel ne me paraît pas avoir son diamètre normal.

M. Broca. Je ne partage pas l'avis de M. Depaul. Le calibre du canal me paraît à peu près égal à celui que l'on trouve dans la vie intra-utérine. Quant à l'époque de l'oblitération, elle n'est pas aussi indéterminée que le dit M. Depaul. Elle a lieu ordinairement après sept ou huit jours et est complète avant la fin du deuxième septénaire.

M. Barth présente plusieurs pièces :

2. Un anévrisme de l'aorte qui a perforé la paroi thoracique. Un homme de cinquante-cinq à soixante ans est entré il y a trois ou quatre mois à l'hôpital Beaujon. Il présentait à trois ou quatre travers de doigt, à droite au-dessus de la clavicule, immédiatement à droite du sternum, une tumeur manifestement pulsative avec bruit de souffle. Il n'y avait ni troubles fonctionnels, ni douleurs, ni gêne respiratoire. Nous pensâmes que la tumeur était produite par un anévrisme de la portion ascendante de la crosse de l'aorte qui se dirige de gauche à droite. Comme la tumeur augmentait, quoique lentement, nous songâmes à tenter quelque chose pour la guérison. Mais la possibilité d'obtenir un résultat satisfaisant dépendait de la nature et de la forme de l'ané-

vrisme. Trois choses nous préoccupaient : 1° savoir, si l'anévrisme était sacciforme ; 2° si le sac existant contenait des caillots ; 3° quel était le diamètre de son ouverture de communication avec l'artère. Voici les faits qui nous guidèrent dans cette recherche. L'anévrisme faisait saillie à l'extérieur, ce caractère n'appartient guère qu'aux anévrismes sacciformes ; dès lors, comme presque toujours dans cette espèce d'anévrisme, il devait y avoir des caillots. Quant à l'ouverture de communication, il est difficile de juger de son diamètre ; on pourrait cependant accorder quelque attention au degré d'impulsion du sang. D'après ces données, nous fûmes amené à conclure que l'opération n'était guère indiquée, et après quelques hésitations, nous laissâmes sortir le malade. Il ne revint que vers la fin de décembre, un grand changement s'était opéré en mal. Le visage était altéré, anxieux ; la respiration bruyante, accompagnée de sifflement rauque comme dans les compressions de la trachée. La déglutition était difficile. Des douleurs assez vives se faisaient sentir dans la tumeur. La plupart de ces symptômes ne firent qu'augmenter. L'anxiété devint plus considérable. La dyspnée et l'anxiété s'accrurent. Le malade eut des accès d'étouffement. Il était obligé de rester assis toute la nuit. La tumeur avait pris un développement considérable à l'extérieur et probablement à l'intérieur ; la mort était imminente par rupture du sac, lorsque le malade fut pris d'une double pneumonie qui l'emporta. A l'autopsie, nous trouvâmes en effet un anévrisme de la petite courbure de l'aorte, situé à sa partie antérieure, venant se mettre au contact du sternum, faisant saillie à travers la paroi thoracique et se terminant sous la peau. La troisième côte droite était détruite par usure ; le sternum, érodé. Le sac était rempli de caillots dont la densité permettait de penser qu'ils existaient depuis longtemps. On trouva une sorte de fissure oblique qui faisait communiquer l'intérieur de la cavité avec le tissu cellulaire périphérique. Mais à cause de l'obliquité de son trajet, la quantité de sang qui avait pu passer par là était peu considérable. De l'eau mise dans le sac et comprimée n'a même pas pu sortir par cette voie. L'orifice du sac dans l'aorte était très grand, comme nous l'avions pensé et l'application des aiguilles aurait été complètement inutile. La tunique interne des vaisseaux se terminait brusquement au bord de cet orifice ; ce fait devenait surtout évident après l'ablation d'une lamelle fibrineuse dé-

posée qu'un examen trop précipité aurait pu faire prendre pour cette tunique elle-même. La trachée était comprimée comme nous l'avions pensé pendant la vie ; elle présentait en outre dans son intérieur trois érosions au niveau des cerceaux cartilagineux les plus comprimés. Le sang aurait pu tôt ou tard se frayer une route vers l'extérieur par cette voie.

M. *Broca*. J'insisterai sur un point de diagnostic dont a parlé M. *Barth*, et qui me paraît très important : sur quelles données s'est-il fondé pour conclure que l'orifice du sac était très considérable ?

M. *Barth*. Je reconnais, comme M. *Broca*, toute l'importance d'un pareil diagnostic. Malheureusement avec les moyens dont nous disposons il n'a rien de positif.

Cependant il m'a semblé que la marche de l'affection d'une part, de l'autre la forme de la tumeur, étaient des données qu'il ne fallait pas dédaigner. D'après la marche rapide et la forme globuleuse de la tumeur, j'ai inféré que l'ouverture du sac devait être très grande, mais j'avoue que ces faits ont besoin d'être suivis et étudiés.

M. *Barth* présente une seconde pièce.

3. Une femme de trente-six ans, bien constituée, réglée à quinze ans, mariée à vingt-cinq, a eu cinq enfants dont trois morts en bas âge. Elle est accouchée pour la dernière fois il y a un an ; elle a nourri son enfant, s'est beaucoup fatiguée, s'est enrhumée, etc. Depuis six semaines, elle a éprouvé de la toux, de l'oppression, et depuis trois semaines la dyspnée est extrêmement considérable. Elle a présenté en même temps de la bouffissure de la face, et de la cyanose des lèvres. On lui a pratiqué une saignée et appliqué un vésicatoire de chaque côté du thorax. Comme elle n'éprouvait pas de mieux, elle est entrée le 28 décembre à l'hôpital Beaujon. Quand nous la vîmes, la dyspnée était extrême, la face et les membres supérieurs légèrement œdématiés et cyanosés ; les veines sous-cutanées des mêmes parties étaient développées. Le pouls était presque insensible à droite et très petit à gauche, etc. Les membres inférieurs, au contraire, avaient conservé leur apparence normale. La percussion nous permet de reconnaître de la matité dans le côté droit, sans frémissement. Par auscultation, nous constatâmes l'absence du murmure respiratoire en bas, et un peu de souffle lointain et situé

un peu plus haut. Il y avait en même temps de l'égophonie. La plèvre droite contenait évidemment du liquide, mais les symptômes de la pleurésie manquaient. C'était donc un hydrothorax.

En recueillant tous ces éléments de diagnostic, nous reconnûmes qu'il y avait manifestement compression de la veine cave supérieure. Restait à déterminer la cause de cette compression. Nous pensions qu'elle tenait à une tumeur du médiastin antérieur et nous penchions pour un anévrisme. En conséquence, une saignée fut pratiquée. Nous y joignîmes des antispasmodiques, des purgatifs, etc. Ses phénomènes persistèrent. Nous songions à employer la thoracentèse lorsque la malade mourut subitement. L'autopsie vint nous révéler des faits imprévus. La veine cave supérieure était oblitérée par un caillot depuis son entrée dans l'oreillette droite jusqu'à l'origine des veines sous-clavières et jugulaires. Autour d'elle, nous ne trouvâmes aucune apparence d'anévrisme. Il y avait seulement une espèce de condensation du tissu cellulaire du médiastin antérieur, surtout à la partie postérieure. C'est tout ce que nous avons trouvé sur ce point. Dans le reste de l'économie, nous avons rencontré aussi des particularités très remarquables. Cette malade était en effet cancéreuse à un haut degré sans que rien eût révélé cet état durant son existence. Les poumons présentaient plusieurs masses cancéreuses, surtout le gauche. Le droit était très réduit de son volume par suite de l'épanchement pleural qui existait de ce côté. Le péricarde, au niveau du bord antérieur du poumon gauche, était envahi par le cancer. En différents points de la plèvre costale on retrouvait des plaques cancéreuses, et chose remarquable, il en existait jusque dans le tissu musculaire du cœur. Celui-ci n'était pas soulevé à l'extérieur, et la lésion eût passé inaperçue si l'on n'avait pas incisé l'organe.

Parmi les organes abdominaux, l'estomac, le foie, la rate ne contenaient pas de cancer. Les reins seuls en étaient atteints ; le rein gauche surtout présentait à sa partie inférieure une masse cancéreuse assez considérable, qui probablement a été le cancer primitif, et, en outre, quelques noyaux épars. Des noyaux semblables existaient dans le rein droit. En outre, il existait du cancer dans les ganglions voisins des différents organes envahis et notamment dans les ganglions bronchiques.

M. Bauchet rappelle que M. Oulmont a présenté un cas d'o-

oblitération de la veine cave supérieure par une bride fibreuse.

M. *Houel* rapproche de cette pièce une pièce en cire donnée au musée par Dupuytren, et dans laquelle une tumeur du médiastin a perforé la veine cave et a pénétré en partie dans son intérieur.

M. *Broca*. Cette pièce diffère essentiellement de celle de M. Barth. Dans cette dernière, en effet, on ne trouve pas de tumeur extérieure. Il m'a paru important de savoir s'il y a de la matière cancéreuse dans le caillot. Les faits de ce genre sont donnés comme des cancers développés dans le sang. Pour ma part, je pense qu'il y a là une oblitération spontanée, comme on en rencontre à la fin de certaines diathèses, de la diathèse tuberculeuse, par exemple. Par l'examen microscopique, j'ai trouvé des cellules cancéreuses dans les tumeurs du poumon et du rein, il n'y en avait pas dans les parois de la veine cave, ni dans le caillot qui l'oblitérait. Ce caillot, séparé des parois par une fausse membrane, ne contenait que des granules moléculaires, des globules graisseux et des éléments fibroïdes.

M. *Lebert*. J'ai rapporté dans ma *Physiologie pathologique* un cas d'oblitération de la veine cave et de la veine jugulaire, survenue à la suite d'un cancer du sein qui avait pénétré dans la poitrine et qui était venue adhérer à la veine elle-même.

M. *Barth* présente une troisième pièce :

4. Un homme d'une quarantaine d'années éprouvait depuis plusieurs mois un dérangement des fonctions digestives. Depuis trois semaines une aggravation notable s'était fait sentir, le ventre s'était gonflé, la peau avait pris une légère teinte ictérique, et enfin une ascite avait apparu. Nous diagnostiquâmes une cirrhose du foie, et nous employâmes en conséquence les diurétiques, l'eau de Vichy, quelques toniques, etc. Le ventre ne cessa pas d'augmenter de volume. Des douleurs abdominales se manifestèrent; l'oppression devint extrême, et enfin une péritonite très évidente se déclara. De quelle nature était cette péritonite, c'est là ce que nous dûmes rechercher d'abord. Sous la clavicule gauche, on entendait du râle sous-crépitant, et nous pensâmes en conséquence que le malade était sous l'influence d'une diathèse tuberculeuse et que nous avions affaire à une péritonite tuberculeuse. Le ventre ne cessant de grossir, nous nous résolûmes à pratiquer une ponction avec un trocart à robinet, afin de faire écouler le

liquide lentement. Il sortit environ 8 à 9 litres d'un liquide sanguinolent. Un soulagement momentané accompagna cette opération. Mais bientôt les symptômes reprirent toute leur gravité et la mort survint le troisième jour. A l'autopsie, nous constatâmes la reproduction d'un peu de liquide sanguinolent et une péritonite, non pas tuberculeuse, mais cancéreuse. Il y avait, en effet, un cancer de l'épiploon. Il y avait en même temps un cancer ulcéré de la petite courbure de l'estomac, à égale distance du pylore et du cardia. C'était là le cancer primitif. Il devenait intéressant d'examiner le sommet des poumons qui nous avait paru envahi par le tubercule. Nous n'y avons rencontré qu'une dilatation des bronches.

5. M. Leudet montre une lésion inflammatoire des reins, consécutive à une lésion vésicale. Un malade avait une hypertrophie de la vessie, avec inflammation de la muqueuse à la partie supérieure et postérieure; il s'est fait une perforation sous forme d'un pertuis extrêmement fin, qui a amené une infiltration d'urine dans le petit bassin, une péritonite consécutive et la mort. Un des reins est très altéré; il offre une teinte grisâtre et des bosselures fluctuantes à l'extérieur, dépendant d'abcès internes. Les uretères sont perméables, mais malades dans toute leur étendue. Leur muqueuse enflammée est hypertrophiée et a jusqu'à 2 millimètres d'épaisseur. L'urètre est sain, la prostate hypertrophiée; les calices sont dilatés, remplis de pus et offrant tous les caractères d'une pyélite intense. Entre les calices et la surface extérieure des reins, on rencontre tous les degrés de la néphrite. C'est donc là un cas de pyélo-néphrite secondaire, succédant à une maladie de la prostate et de la vessie.

6. M. Gallard présente les organes génito-urinaires d'un homme atteint de fistule urinaire. Cet homme, qu'il n'a pu observer pendant la vie d'une manière suffisante, atteint d'un rétrécissement de l'urètre, avait subi vingt-sept incisions du canal. Les parois de la vessie sont notablement hypertrophiées et leur face interne est tapissée d'une couche épaisse de matière calcaire, la prostate est volumineuse et le tissu cellulaire péri-prostatique induré. La partie antérieure de la région membraneuse de l'urètre est rétrécie, et en arrière et à gauche du rétrécissement, on voit une large perforation qui conduit dans un trajet fistuleux, suivant la branche descendante du pubis jus-

qu'à l'ischion. Un autre trajet fistuleux existe en avant du rectum, gagne l'ischion du côté droit et communique avec le premier. Il existe, en outre, une vaste escarre au sacrum et une ouverture fistuleuse à la région pubienne.

M. Houel rapporte qu'il a eu occasion de voir le malade, que son abdomen était labouré de trajets fistuleux, et que les incisions de l'urètre ont été faites par M. Reybard.

M. Gallard s'engage à prendre sur ce malade tous les renseignements désirables et à les communiquer à la Société.

7. M. Verneuil montre le dessin du kyste de la base de la langue, dont il a entretenu la Société dans la séance précédente, et dont l'observation se trouve dans les *Bulletins* de 1852, page 103. Il montre de plus un singulier prolongement tubuleux et infundibuliforme de la muqueuse laryngée qui reçoit le cul-de-sac des ventricules du côté droit; cette poche admet sans peine une grosse plume à écrire, et, à sa partie supérieure renflée, atteint le volume d'une noisette. Cette poche, qui communique largement avec le larynx, se loge dans l'espace thyro-hyôïdien, entre la membrane jaune du même nom et la membrane fibreuse hyo-épiglottique. Rien de semblable n'existe du côté opposé; un petit polype muqueux s'observe dans la cavité du larynx, au niveau du point d'insertion intérieur des cordes vocales.

8. M. Géry présente l'estomac d'un individu sur lequel il n'a que des renseignements incomplets. Cet homme, après avoir offert tous les symptômes du cancer de l'estomac, allait bien depuis quelque temps, lorsque à la suite d'un excès de régime, il fut pris d'hématémèse et mourut au bout de deux jours. M. Cruveilhier avait diagnostiqué une ulcération chronique simple de l'estomac. Cet organe est, en effet, le siège d'une ulcération s'étendant depuis l'orifice œsophagien jusque vers son milieu et ayant 16 centimètres de long sur 9 centimètres 1/2 de largeur. Cette ulcération bien limitée n'a offert à l'examen microscopique aucun caractère du cancer. L'estomac est adhérent au foie et au pancréas qui lui forment paroi. L'artère splénique est détruite dans l'étendue de 1 centimètre.

M. Barth a présenté plusieurs cas ayant de l'analogie avec celui qu'a montré M. Géry. Il a vu un certain nombre d'ulcérations de l'estomac, avec destruction complète d'une partie des parois de l'organe; c'était tantôt le pancréas, tantôt le foie,

quelquefois la rate qui bouchaient l'ouverture. J'ai montré, dit M. Barth, un cas dans lequel l'ouverture était bouchée par le sternum contre lequel était appliquée la face antérieure de l'estomac; dans un autre cas, l'estomac perforé s'était bouché lui-même par le plissement de la petite courbure. C'est la marche de la maladie qui permet de reconnaître l'ulcération simple de l'estomac : on remarque, en effet, une amélioration subite, plus ou moins longue; puis le plus souvent, à la suite d'un excès de régime, il se fait une rupture et le malade meurt. J'ai vu dans le service de M. Chomel une femme convalescente qui mourut d'une péritonite, il y avait une petite fissure à l'estomac. Je voudrais savoir, ajoute M. Barth, si un tissu déjà anormal peut devenir cancéreux. J'ai vu des ulcères qui, dans certains points, étaient simples, et dans d'autres offraient manifestement les caractères de l'ulcération cancéreuse. On peut à cet égard se poser deux questions : ou bien l'ulcère étant primitivement cancéreux, une certaine portion en étendue, les 5/6^{es}, si l'on veut, ont été éliminés par l'ulcération, sont devenus simples, et dès lors la guérison en serait possible; ou bien l'ulcère étant primitivement simple, ses parois s'infiltrèrent de matière encéphaloïde. Je n'ai pas d'opinion à cet égard.

M. Broca. M. Barth émet deux hypothèses : celle de la dégénérescence des parois d'un ulcère en cancer, celle de la cicatrisation d'un ulcère cancéreux. Si l'on étudie la marche du cancer, là où nous le voyons, on peut dire que la dégénérescence n'est pas admissible. Le deuxième cas est possible, mais il est rare; on en a cité des faits, que la physiologie du cancer nous explique. Il se fait une gangrène moléculaire, et de nouvelles cellules se produisent à mesure qu'il y a destruction. S'il y a équilibre entre la production et la destruction, le cancer suit sa marche; mais si le travail de destruction l'emporte, le cancer va en creusant, il se détruit. J'ai vu une dame polonaise ayant un cancer qui s'est ulcéré à plusieurs reprises, ces ulcères se cicatrisaient; cela a duré pendant quinze ans. Cependant la malade est morte d'infection cancéreuse : la cicatrisation est partielle, toute locale; la tumeur du cancer peut disparaître, mais le malade reste cancéreux.

M. Barth. Avant de rejeter ou d'admettre la dégénérescence, il faut s'entendre sur la signification du mot. Je ne veux pas dire

qu'une fibre dégénère en une fibre d'une autre nature ; mais que la masse éprouve un changement quelconque qui modifie sa nature. Ne voyons-nous pas se déposer de la matière encéphaloïde dans les fausses membranes ; ce qui me fait penser qu'un ulcère simple peut devenir cancéreux, c'est que dans ces cas, les ganglions ne sont pas malades, le cancer est donc récent.

9. M. *Bauchet* présente deux pièces, relatives à deux maladies de l'utérus et de ses annexes :

1° Corps fibreux de l'utérus, kystes de l'ovaire.

La malade qui nous a présenté cette affection est entrée dans le service de M. *Velpéau*, salle Sainte-Catherine, il y a environ deux mois. Elle était âgée d'une quarantaine d'années, de trente-cinq à quarante ans. Depuis plusieurs années, et à des intervalles plus ou moins éloignés, elle éprouvait des pertes assez abondantes, et à ces pertes succédait un écoulement blanc, qui durait plusieurs jours. Ces pertes successives affaiblissaient la malade, qui entra à l'hôpital pour se faire soigner.

Elle était pâle, mais la peau n'avait pas la teinte jaune de la cachexie cancéreuse ; c'était plutôt un teint plombé, avec un peu de bouffissure, signe si fréquent et presque caractéristique dans les affections de l'utérus, qui se rapportent aux corps fibreux de cet organe.

Par le palper abdominal, au-dessus du pubis, on sentait une tumeur dure, bosselée. Par le toucher vaginal, on sentait une masse dans le vagin et s'engageant dans le col. C'était un véritable polype utérin, mais d'un tissu assez mou à son extrémité inférieure, d'un tissu plus dense en se rapprochant de la cavité utérine.

Par le toucher rectal, quelques bosselures dures, quelques autres fluctuantes.

Le polype fut saisi avec des pinces ; mais comme il se déchirait facilement, on ne put pas en opérer l'excision avec autant de facilité que si l'on avait pu l'attirer au dehors. Cependant on la coupa assez haut, le plus haut qu'on put parvenir.

Tout se passa avec simplicité, il n'y eut aucun accident.

Seulement de temps en temps le soir, la malade avait quelques frissons et une pesanteur habituelle du côté du rectum. Pas d'autres signes d'altération profonde.

La malade allait bien, le col s'était presque refermé, il n'y

avait aucun écoulement fétide par le vagin. Elle demanda à se lever. Le même soir, frisson violent, douleur vive à l'hypogastre et bientôt dans tout l'abdomen, vomissements, sueurs abondantes, pouls petit, fréquent. Tous les signes d'une péritonite excessivement grave. La mort arriva trente heures après l'invasion de la maladie.

Autopsie vingt-quatre heures après la mort.

La cavité abdominale contenait environ deux litres de pus.

Tout le bassin est rempli par une masse inégale, dans quelques points fluctuante, dans d'autres bosselée, dans laquelle plonge le rectum. Dans un point situé à la partie supérieure et gauche du bassin, près du détroit supérieur, près de l'endroit où l'S iliaque du colon plonge dans le bassin pour former le rectum, un trou faisant communiquer la poche du bassin avec la cavité péritonéale. Quand on presse sur la tumeur, il sort du pus en grande quantité. Voilà la cause de la péritonite mortelle survenue chez la malade.

Je détache avec soin les organes du bassin, et voici ce que je constate :

1° Une vaste partie purulente, siégeant à la partie postérieure et supérieure de l'utérus, englobant le rectum, et deux autres tumeurs situées derrière l'utérus, entre cet organe et le rectum. C'est cette poche purulente qui en se perforant a amené la péritonite purulente.

2° Les deux poches placées derrière l'utérus et accolées sont bombées, et de leurs bosselures les unes sont fluctuantes, les autres dures. Ces tumeurs se continuent avec les parties latérales et le sommet de l'utérus. En disséquant avec soin, on retrouve d'abord le ligament rond, puis un autre cordon partant de l'angle de la matrice et allant aux tumeurs. Ce cordon est formé par la trompe et par le ligament de l'ovaire. L'ovaire est constitué par quelques corps fibreux et des kystes. Cette disposition se remarque de l'un et de l'autre côté. Les deux ovaires sont accolés sur la ligne médiane, derrière l'utérus, en avant du rectum. Ils laissent entre eux une échancrure à la partie postérieure pour loger le rectum.

3° Dans le corps de l'utérus, dans la cavité utérine, le morceau de polype que l'on n'avait pas excisé. Pas de putrilage, pas de détritits répandant de mauvaise odeur.

4° L'utérus présente une série de bosselures curieuses à étudier, et qui nous offrent les corps fibreux sous leurs divers aspects et à leurs différents âges d'évolution.

Parmi ces corps fibreux, il en est qui occupent le parenchyme même de l'organe, qui sont logés au centre même du tissu utérin ; ils sont au nombre de quatre à six, depuis la grosseur d'une noisette jusqu'à celui d'un œuf de pigeon. On peut les énucléer avec facilité.

Il y en a un petit, gros comme un grain de blé, dans le tissu même du col.

Il y en a deux ou trois, un même de la grosseur d'un petit œuf de poule, proéminent du côté du bassin, et formant une bosselure tendant à se pédiculiser.

Il y en a deux ou trois flottants, et ne tenant plus au tissu utérin que par un petit pédicule. Le polype, qui a été extrait, en partie du moins, et dont il reste encore des traces dans la cavité utérine, n'est qu'un de ces corps fibreux qui a proéminé dans la cavité utérine, du côté du vagin, à la manière de ceux que nous voyons presque libres dans la cavité péritonéale.

Cette pièce est remarquable, et par la présence de ce vaste foyer purulent dont la perforation a amené la mort de la malade, et par l'altération des ovaires et leur accolement à la face postérieure de l'utérus, et par l'absence de putrilage fétide dans la cavité utérine, et par la présence de corps fibreux multiples siégeant les uns au centre du tissu utérin, les autres plus près de la face péritonéale, les autres faisant saillie dans la cavité de la matrice, et par le volume différent de ces diverses tumeurs.

Comment s'est établie cette poche purulente ? Elle s'est formée d'une manière presque latente, puisque nous n'avons remarqué que des symptômes généraux peu graves ; elle s'est établie à la suite d'une phlegmasie subaiguë des ligaments larges, soit par suite du travail pathologique qui a suivi l'opération, soit par suite de l'altération même de l'utérus et la présence des corps fibreux multiples. Tant que la malade a gardé le lit, cet abcès a été sans accidents sérieux ; mais quand elle s'est levée, que des secousses ont été imprimées à cette région, la phlegmasie a pris une plus grande intensité, la poche purulente s'est ouverte.

2° *Cancer du col de l'utérus. — Hypertrophie de cet organe.*
— *Kystes des trompes et des ovaires.*

10. La malade dont j'ai tiré cette seconde pièce était aussi couchée dans le même temps, dans la même salle que la précédente (salle Sainte-Catherine) depuis déjà plusieurs mois. Elle était âgée de quarante à quarante-cinq ans.

Depuis plus de dix ans, elle avait de temps en temps des pertes plus ou moins abondantes, et déjà plusieurs fois elle était entrée dans le service de M. Velpeau. De larges vésicatoires avaient été appliqués sur l'abdomen et sur la région lombaire; les pertes s'étaient arrêtées, et la malade était sortie de l'hôpital. On trouvait alors ce qu'on trouvait encore il y a quelques jours, savoir : au-dessus du pubis une masse énorme, dure, du volume d'un utérus contenant un enfant à terme, ayant une forme assez régulière. Par le toucher vaginal, on sentait le col assez gros, un peu mollassé. La femme était pâle, avait un teint à reflet plombé, avec un peu de bouffissure de la face, pas de teint jaune caractéristique de la cachexie cancéreuse. On pensait tout naturellement à des corps fibreux de l'utérus.

La malade était dans nos salles depuis plusieurs mois, lorsqu'il y a trois jours les pertes devinrent plus abondantes, la malade s'affaiblit promptement, et elle mourut à la suite de ces hémorrhagies.

Autopsie vingt-quatre heures après la mort.

En ouvrant l'abdomen, je suis frappé d'apercevoir tout de suite une masse de petites tumeurs disséminées dans le mésentère. J'écarte les intestins, et je trouve que ces petites tumeurs se prolongent le long de la colonne vertébrale, du côté du rectum en bas, et jusqu'au milieu du médiastin postérieur en haut. Ces petites tumeurs sont d'un blanc mat, molles, se laissant écraser assez aisément, et rappelant très bien la substance blanche cérébrale. Il n'y avait à hésiter qu'entre du tissu encéphaloïde ou des ganglions tuberculeux ramollis. Mais ces petites tumeurs sont partout au même degré de ramollissement, les poumons sont parfaitement sains, et, avec un examen plus attentif, on est vite convaincu que c'est du tissu encéphaloïde. (Il ne s'est pas élevé le moindre doute au sein de la Société.)

Cette femme nous offre aussi un foie gras.

La substance corticale des reins est un peu atrophée, les uretères dilatés.

Arrivons aux organes génitaux :

1° L'utérus a conservé sa forme normale, mais a pris un volume au moins quinze fois plus considérable que ses dimensions naturelles. Si on le coupe, on constate que cette masse énorme est due à une hypertrophie générale de l'utérus

2° Sa cavité est remplie de putrilage, de caillots sanguins et de liquide sanieux.

3° Le col de l'utérus, quand on l'a incisé, laisse échapper cette même matière blanche que nous avons déjà signalée et qui forme un putrilage du côté de la cavité du col. L'espace occupé par cette matière encéphaloïde pourrait contenir un petit œuf de poule.

4° Rien du côté du vagin ou de la vessie. Le rectum passe derrière l'utérus, et entre les deux organes sont situées et accolées sur la ligne médiane deux énormes poches représentant à elles deux au moins la tête d'un enfant nouveau-né.

5° Que sont les poches? Par une dissection attentive et délicate, on parvient à séparer ces deux poches. Toutes deux sont très fluctuantes; toutes deux sont surmontées par un cordon, rempli de liquide, sinueux, offrant, à s'y méprendre d'abord, l'aspect d'un bout d'intestin grêle, distendu par un liquide. En poursuivant plus loin la dissection, on retrouve en avant le ligament rond; puis on sépare la trompe de l'ovaire.

Or, voici comment se présente la trompe. Cette espèce d'anse d'intestin grêle, de la longueur d'un décimètre au moins, n'est autre que le conduit de la trompe, étranglé, oblitéré à un centimètre du corps de l'utérus. Du côté du pavillon, ce conduit vient s'ouvrir dans une poche ayant au moins le volume d'un œuf d'oie. Ce conduit et ce kyste, qui n'est autre chose qu'un kyste dans le pavillon de la trompe, communiquent entre eux. C'est un énorme kyste de la trompe et du pavillon. Ce kyste a contracté des adhérences avec la face postérieure et supérieure de l'ovaire, adhérences assez intimes, assez difficiles à détruire avec le scalpel.

L'ovaire est du volume d'un œuf de poule, formé de bosselures, les unes mollasses et blanches, les autres fluctuantes. Les bosselures mollasses sont du tissu encéphaloïde; les bosselures

fluctuantes sont formées par des kystes, les uns communiquant entre eux, d'autres isolés et indépendants.

Cette pièce offre le plus grand intérêt. Elle est remarquable, et par l'hypertrophie considérable de l'utérus, et par la présence du tissu encéphaloïde dans le col, les ovaires, le mésentère, etc., sans que la malade ait présenté le teint caractéristique de la cachexie cancéreuse, et par les kystes de l'ovaire, et aussi, et surtout, par les deux kystes des trompes.

Remarquons en terminant que, comme dans la pièce précédente, les deux ovaires et les trompes étaient accolés et situés derrière l'utérus, parce que ces organes peuvent, dans cet endroit, se développer avec moins de gêne. Remarquons encore que cette femme nous offrait un foie gras et des poumons parfaitement sains.

Peut-être à la longue les kystes de la trompe auraient-ils pu s'ouvrir dans l'utérus et se vider par cet organe. Mais cette hypothèse, je la donne sans y attacher aucune importance et sans m'y arrêter.

11. M. Denucé montre un cas d'*anomalie musculaire*. On trouve à gauche de la partie antérieure du thorax un large faisceau musculaire s'insérant avec le grand pectoral sur les cartilages de la quatrième et de la cinquième côte, et allant rejoindre presque verticalement le muscle sterno-cléido-mastoïdien. Ce muscle est normal chez le singe.

12. M. Broca présente :

1° Une *petite tumeur de la grosseur d'un haricot*, enlevée sur la peau de l'avant-bras d'un homme de cinquante ans. J'avais, dit M. Broca, pensé que c'était une tanne; mais cette tumeur est formée par un tissu que je n'ai jamais vu et que n'ont pas vu les nombreuses personnes auxquelles j'ai montré cette tumeur. Cette tumeur, de forme ellipsoïde, est dure, limitée par une membrane; sa coupe est lisse, jaunâtre. L'examen microscopique ne m'a rien appris; on ne trouve que des granules très fins au milieu d'une gangue amorphe sans fibres. Cette tumeur était indolente.

2° Voici, ajoute M. Broca, le *foie d'un lévrier qui reçut un vigoureux coup de fouet*: la mèche du fouet s'enroula autour du corps de l'animal, qui, au bout d'une demi-heure, fut atteint d'un ictère complet. Le péritoine un peu enflammé, sans pseudo-

membrane, contenait environ deux cuillerées d'une sérosité jaunâtre. Le foie est déchiré en plusieurs points, mais on ne trouve à la surface des déchirures aucune trace de lymphé plastique indiquant un commencement de cicatrisation. C'est là le point sur lequel j'appelle l'attention de la Société.

M. *Barth* croit difficilement que des déchirures aussi larges puissent avoir été produites par un coup de fouet. Il se rappelle avoir vu un homme qui fut amené pâle et exsangue à l'hôpital Saint-Louis, et qui mourut rapidement. On accusait l'un de ses camarades de l'avoir tué d'un coup de barre de fer. Les côtes n'étaient pas brisées, le foie était largement déchiré. On apprit, en effet, qu'une roue de voiture était passée sur le ventre de cet homme.

13. M. *Broca* montre, en outre, un foie cancéreux. Chez le même malade, l'estomac était largement ulcéré et la rate bouchait l'ouverture de l'estomac ; la capsule de la rate était épaissie, dure et formée d'un tissu purement fibreux. M. *Broca* a cherché à injecter les lymphatiques du foie au niveau des tumeurs cancéreuses de cet organe. Il présente la surface de quelques unes de ces tumeurs recouvertes d'un réseau de lymphatiques très fins ; la coupe des tumeurs montre qu'aucun de ces lymphatiques ne pénètre dans la substance du cancer.

14. M. *Bucquoy* présente l'intestin d'un homme de soixante-dix-huit ans, mort dans le service de M. Louis sans avoir offert aucun symptôme, si ce n'est de la diarrhée dans les trois derniers jours de la vie. Le ventre était un peu sensible à la pression dans la face iliaque droite, pas de vomissements. On trouve dans le côlon ascendant, à 10 centimètres environ de la valvule iléo-cœcale, quatre perforations, dont la plus large a 15 millimètres de diamètre. Les bords des deux plus grandes perforations sont cicatrisés, ce qui indique que la lésion est ancienne. L'intestin ne semble pas altéré dans les parties voisines. Il s'est développé sous l'influence de cette perforation une péritonite localisée, limitée par des adhérences entre lesquelles existe un foyer pulvérulent. Le cœcum forme une masse irrégulière due à l'épaississement considérable des parois. L'ouverture iléo-cœcale est altérée et considérablement retirée. On trouve, en outre, dans la partie inférieure de l'iléon, sous le péritoine et faisant une saillie moindre du côté de la muqueuse, de petites tumeurs arrondies de la

gros seur d'un grain de chènevis. La muqueuse de l'intestin grêle présente vers la valvule iléo-cœcale de petites ulcérations confluentes par places et superficielles. Les follicules isolés sont saillants.

Pas de tubercules dans le poumon. L'examen microscopique des tumeurs n'a pas été fait, mais elles ressemblent à des tubercules.

M. *Leudet*. Je ne crois pas que ce soient là des tubercules; il me semble difficile de comprendre qu'il y ait des ulcérations dans le gros intestin sans qu'il y en ait dans l'intestin grêle. Je ne pourrais me rendre compte de cela qu'en admettant l'existence d'une typhlite, d'autant plus que le poumon ne contient pas de tubercules.

M. *Gallard* montre, à l'appui de sa candidature, une main sur laquelle les doigts sont déformés. Les doigts sont coudés en arrière et présentent une connexité à leur face palmaire; la capsule articulaire est considérablement épaissie.

M. *Heifelder* présente un kyste de la face dorsale du poignet.

M. *Verneuil* rappelle que la pièce de M. *Heifelder*, ainsi que plusieurs autres qu'il a montrées à la Société, vient à l'appui des idées émises par M. *Gosselin* dans son travail sur les kystes du poignet.

M. *Beauchet* ne veut pas que l'on rejette complètement l'idée des hernies de la synoviale articulaire, il en a vu quelques exemples dans des cas d'hyarthroses.

M. *Verneuil*. Le fait de la présence d'une hyarthrose change beaucoup les conditions de la production de la tumeur. Ici il n'y a pas de liquide dans l'articulation.

15. M. *Caron* montre le cœur d'une femme morte à l'hôpital Sainte-Marguerite, sur lequel on remarque au-dessous des valvules aortiques une tumeur faisant saillie dans l'oreillette; cette tumeur, qui envahit les valvules sigmoïdes, ressemble à un anévrisme.

M. *Broca* fait remarquer que l'orifice trop large de la tumeur ne permet guère de croire à un anévrisme du cœur.

MM. *Caron* et *Verneuil* examineront cette tumeur, et le résultat de leur examen sera communiqué à la Société.

16. M. *Verneuil* montre un fœtus à terme, chez lequel on ne trouve qu'une seule artère ombilicale.

M. Broca ne connaît pas d'exemple d'absence complète d'une artère ombilicale; il se rappelle avoir disséqué à Beaujon un enfant manquant d'artère ombilicale, mais c'était un enfant monstrueux.

Sur le même fœtus présenté par M. Verneuil, outre l'antéflexion de l'utérus qui est normale à cet âge, on remarque une déviation latérale à gauche qui n'est pas ordinaire. La latéro-flexion est plus fréquente à droite.

17. M. Vidal montre le *gros intestin* d'un homme de vingt-six ans, mort de la dysenterie sporadique. On y trouve les parois hypertrophiées, ulcération de la muqueuse, pas de pseudo-membranes; l'intestin grêle psorentérique, comme dans le choléra. L'estomac et le duodénum offrent un pointillé inflammatoire sur le même sujet, les reins sont réunis et à cheval sur le psoas droit, les deux urètres sont réunis en seul qui s'ouvre à gauche dans la vessie.

18. M. Vidal présente encore au nom de M. Bourreau une *tumeur enlevée au lobule de l'oreille* d'une jeune fille. Chez cette malade, un bourrelet s'était développé autour d'une boucle d'oreille qui avait fini par couper le lobule. La tumeur a été enlevée et paraît formée du tissu fibro-plastique.

M. Lebert croit que cette tumeur est formée du tissu fibreux.

19. M. Duchaussoy présente une observation de *cystocèle inguinale*, opérée dans le service de M. Roux. La présence de la vessie dans la hernie n'avait pas été reconnue.

20. M. Isambert présente une observation de *tumeur volumineuse du bassin*.

M. Broca a eu l'occasion d'examiner cette pièce. L'absence de suc lui avait fait penser que ce n'était pas un cancer, mais il croyait à une hypertrophie de la prostate. L'examen au microscope lui a montré l'existence du tissu fibro-plastique, et d'autres éléments à caractères vagues, ayant de l'analogie avec les fibres musculaires de la vie organique.

21. M. Pibret montre les *os d'un enfant rachitique*. Le tissu osseux est raréfié; le canal médullaire, élargi, est rempli d'une moelle rouge; le périoste est épais, la lame compacte mince; les extrémités osseuses commencent à s'ossifier.

22. M. Bailly présente une pièce pathologique qu'il regarde comme un exemple de *cancer du pylore*, en se basant sur l'induration qui existe dans cette région.

M. Broca fait remarquer qu'il n'y a de tumeur ni dans le foie, ni dans le pylore, ni dans la peau, et pense que rien n'autorise à admettre l'existence d'un cancer. Il croit à une perforation simple.

23. M. Robinet montre un exemple de *diastase du pubis avec rupture de la vessie*, produite chez un homme de cinquante ans par une lourde voiture. Les deux branches du pubis sont rompues, le péroné est fracturé incomplètement.

M. Foucher. Quel était l'état des symphyses sacro-iliaques ?

M. Robinet. Elles étaient intactes.

M. Denucé demande à M. Robinet ce qu'il entend désigner par une fracture incomplète du péroné ?

M. Robinet répond que le péroné était brisé dans toute son épaisseur, mais que les fragments étaient en contact.

M. Denucé. Alors c'est une fracture complète sans déplacement.

24. M. Roussel présente un cas de *tumeur cancéreuse énorme du médiastin antérieur*, provenant d'une femme âgée de vingt-trois ans, morte à l'hôpital Saint-Antoine.

Cette femme, née de parents sains existant encore, a une sœur bien portante. Dans sa jeunesse elle eut beaucoup de gourmes dans la tête ; elle ne se souvient pas avoir reçu de coups sur le sein. Mariée depuis deux ans, elle n'eut pas d'enfants. Sa santé générale s'améliora, mais elle ne fut jamais bien réglée. Les règles étaient toujours en retard (douze ou quinze jours). Lors de leur apparition, elle ressentait des douleurs dans le bas-ventre et surtout dans le sein gauche, qui, du reste, fut constamment du double plus gros que le droit.

Après son mariage, les gourmes se guérirent et l'on put laisser pousser ses cheveux.

Il y a dix-huit mois, elle vit paraître à la partie supérieure du sein gauche des bosselures constamment douloureuses. Ces bosselures furent accompagnées d'engourdissement et de gonflement du bras avec développement des veines de l'aisselle. Elle ressentit en même temps un douloureux point de côté au-dessous du sein gauche. Depuis huit mois, sa respiration était courte et gênée. Elle fut traitée au dehors par des cataplasmes laudanisés, des emplâtres de ciguë et de l'iodure de potassium.

Le 8 janvier, la malade offrait l'état suivant :

Facies exprimant la souffrance, pâle avec le contraste des lèvres cyanosées. Les ongles sont recourbés, petits, hippocratiques. Le sein gauche est pendant, son volume est le double de l'autre, et l'on sent dans son épaisseur deux tumeurs arrondies et mobiles de la grosseur d'une noix. Il repose sur une base indurée, sa partie supérieure présente une fluctuation.

Le sternum paraît dévié à droite. Le bas est œdématisé, la peau en est blanchâtre et sillonnée de veines.

A la percussion, matité de toute la partie gauche de la poitrine jusqu'à la huitième côte, matité sous le sternum; la partie droite a le son normal.

A l'auscultation, aucun bruit dans toute la partie inférieure gauche de la poitrine. Au sommet, gargouillement, toux et voix amphoriques. A droite, quelques râles sibilants et muqueux. On perçoit les bruits du cœur à la droite du sternum, la pointe bat complètement à droite.

La malade entre à l'hôpital pour un rhume qui, dit-elle, l'a prise il y a trois semaines. Elle n'a jamais craché de sang, mais a des sueurs toutes les nuits.

On prescrit repos, gomme sucrée, opium en pilules, cataplasmes laudanisés. Le 15, diarrhée, bismuth, ratanhia.

Mort dans le marasme le 21 janvier, à onze heures du soir.

Autopsie le 23 janvier, trente-huit heures après la mort. Par la dissection à droite, on arrive sur la glande mammaire qui est saine. En se rapprochant de la ligne médiane, mais toujours à droite, on découvre une tumeur fongueuse qui occupe la place du sternum, dont il ne reste plus de sain que la partie supérieure de la première pièce. Cette tumeur, d'une consistance assez dure, présente çà et là quelques anfractuosités remplies de sang noir.

En poursuivant vers la gauche, on parvient très difficilement à isoler le sein de la paroi thoracique; car il repose sur une grande épaisseur de tissus lardacés, jaunâtres, adhérent à cette paroi. La glande mammaire n'est pas complètement envahie; elle renferme trois kystes assez volumineux et des noyaux roulant sous les doigts.

Lorsqu'on a enlevé le tissu lardacé, situé sous la glande mammaire, on sent un vide. En effet, les troisième, quatrième, cinquième côtes sont rongées, presque détruites et réduites à quel-

ques lamelles dures, mais cassantes, qui sont même brisées en divers endroits. Le muscle grand pectoral est détruit, il n'existe que quelques traces des muscles intercostaux.

Quand on ouvre la poitrine à la jonction des côtes droites et des cartilages costaux, on voit immédiatement le cœur. Le péricarde ouvert laisse échapper deux verres de sérosité jaune. Sa surface interne présente de la vascularisation. Le cœur est dévié à droite, sa pointe est directement entre les cinquième et sixième côtes droites. En arrière, on voit dans le médiastin postérieur l'aorte descendante et l'œsophage sains. Les ganglions œsophagiens sont très développés. Les nerfs pneumogastriques sont sains et très faciles à suivre. La grande veine azygos est gorgée de sang noir, elle a un volume égal à celui de la jugulaire interne chez l'adulte.

Le poumon droit est encore perméable, il présente de nombreuses adhérences avec la plèvre costale. A sa surface, on voit des tubercules de volume variable, depuis celui d'une noix jusqu'à celui d'une lentille; ces tubercules sont durs à l'extérieur, l'intérieur est mou, friable. Les bronches peuvent être suivies assez loin dans ce poumon; elles sont rougeâtres, injectées. La coupe du poumon est grise, spumeuse; elle est hépatisée, rougeâtre, à l'entour des tubercules. Une coupe de ce poumon surnage.

Le poumon gauche est difficile à trouver, il ne se voit pas en avant, il est logé en haut et en arrière. Il est petit, fortement revenu sur lui-même; sa base est saine, son sommet présente une immense caverne à parois déchiquetées, dans laquelle viennent aboutir de grosses bronches. Entre ce poumon et la paroi thoracique antérieure, on découvre une masse de tissu blanchâtre, dur, mamelonné, qui adhère à la face antérieure du poumon et à sa partie inférieure. Là, entre la plèvre pulmonaire et le tissu, on trouve une pleurésie circonscrite, c'est-à-dire qu'il s'échappe une quantité notable de sérosité externe qui était retenue comme par un kyste cloisonné.

Cette masse de tissu présente un volume égal à celui d'une tête d'homme assez volumineuse; sa surface est bosselée; elle se continue en avant à travers les côtes avec le tissu situé sous la mamelle gauche. Sa coupe présente à la circonférence un tissu lardacé, épais, puis intérieurement des kystes remplis d'une

matière gélatineuse rougeâtre. Des productions analogues à de la chaux délayée, des caillots sanguins, de la fibrine organisée, des parties jaunes, rouges, etc.

Sa partie supérieure communique avec une caverne du sommet du poumon. Sa partie inférieure fait corps avec le diaphragme dont elle a détruit la partie gauche. En ouvrant la cavité abdominale, on voit l'estomac refoulé sur la ligne médiane, la tumeur apparaît avec ses bosselures. La rate est portée en bas. Les intestins sont sains, ainsi que les ganglions mésentériques et les reins.

L'utérus est petit, ses parois sont volumineuses, épaisses; le col est sain.

La dissection des veines du bras n'a pu être faite, le sujet étant réclamé et devant être enterré immédiatement après l'autopsie. Néanmoins on peut penser qu'il y avait une oblitération, à en juger par le volume de la veine azygos.

M. *Broca* fait remarquer que cette tumeur ressemble au cancer hématodé. On trouve çà et là de petits foyers sanguins dus à l'ulcération de petites artères. Quelquefois ces tumeurs sont pulsatiles; les tumeurs érectiles des os sont en général de cette espèce. Les épanchements subissent ici les mêmes transformations que dans les autres tissus, et souvent sont l'origine des kystes que l'on rencontre dans le cancer. Ainsi, on en trouve un ici qui contient une matière rougeâtre, gélatineuse, et qui pourrait bien avoir une semblable origine.

M. *Vidal*. M. Pinault a montré ici une tumeur du fémur semblable à celle-ci.

M. *Depaul*. Entre autres tumeurs de ce genre, j'en ai vu une chez un paveur. Elle était indépendante des os et régnait dans le tissu cellulaire.

M. *Denucé*. M. Barth en a présenté ici une semblable, mais plus petite.

25. M. *Depaul*, rappelant le cas d'antéflexion chez un enfant présenté par M. Verneuil, se livre aux considérations suivantes: J'ai eu occasion, dit-il, de voir ailleurs la pièce que M. Verneuil vous a présentée comme un exemple d'antéflexion et de latéro-flexion; or, à la Société de biologie, M. Verneuil est convenu qu'il n'y avait pas de latéro-flexion, et a reconnu que la position de l'utérus était due à une rotation de l'organe sur son axe.

La question la plus importante est donc celle relative à l'antéflexion.

M. *Boulard* a présenté un grand nombre de pièces tendant à établir que l'antéflexion est l'état normal de l'utérus chez le fœtus, et que l'antéflexion chez l'adulte ne serait que la persistance de cet état normal.

Je crois que, sans nier ces conclusions, il faut faire quelques réserves, et je m'appuie sur des autopsies dans lesquelles cet état n'existait pas.

Puis je remarque que les pièces qui nous sont montrées sont recueillies dans des amphithéâtres à une époque à laquelle des cadavres sont déjà altérés. Or, ne peut-on pas admettre que la putréfaction joue un certain rôle ici? Quand on pense que le bassin est disposé de façon que les intestins viennent presser sur l'utérus, situé en grande partie en dehors de la cavité pelvienne, on s'explique donc bien la flexion de l'utérus par action mécanique.

M. *Broca* objecte que les autopsies sont faites plus rapidement que ne le pense M. *Depaul*, que les phénomènes cadavériques sont trop variables pour expliquer un résultat à peu près constant.

26. M. *Vidal* présente au nom de M. *Bourreau* un kyste enlevé dans la région sous-claviculaire droite d'un homme de quarante-quatre ans. Cet homme, bien constitué, n'ayant jamais eu la vérole, portait depuis trois ans une petite tumeur en avant du grand pectoral. La tumeur acquit rapidement le volume d'une grosse orange. Il y a sept mois, le malade reçut un coup violent sur cette tumeur. Ce fut alors qu'elle devint douloureuse et fit de rapides progrès. Cette tumeur est formée d'une poche contenant du pus bien lié, homogène : c'est un kyste purulent.

27. M. *L. Blin* montre une *ulcération du cartilage de la seconde côte droite* et du *cartilage interposé* entre la première et la deuxième pièce du sternum.

Le sujet sur lequel cette pièce a été prise était âgé de quarante ans, est mort dans le service de M. *Bouchut* à l'Hôtel-Dieu ; il avait au sommet des deux poumons d'énormes cavernes tuberculeuses.

Au-devant de la partie supérieure et droite du sternum, au niveau de la deuxième côte, on constatait une tumeur fluctuante

du volume d'une noix, diminuant de volume dans l'inspiration, et augmentant dans l'expiration. M. Bouchut pensait que cet abcès communiquait avec le poumon.

A l'autopsie, faite le 22 janvier, le soulèvement de la paroi antérieure du thorax, fait avec le plus grand soin, après la désarticulation des deux clavicules et la section des cartilages costaux, a démontré que cette communication n'existait pas, et que la collection purulente s'était formée sur place.

En ouvrant la paroi antérieure de l'abcès, on découvre que cette collection communique avec un espace libre situé entre la première et la deuxième pièce du sternum, et qui est dû à l'ulcération du cartilage interposé entre ces deux pièces; qu'à la partie droite du sternum, un fragment du deuxième cartilage costal ayant environ 0,01 de diamètre, de forme conique, à sommet interne, est libre de tous côtés, excepté en arrière. Ce fragment est séparé du reste du cartilage par un espace d'environ 0,01, dans lequel on voit les fibres musculaires recouvertes d'un peu de pus concret. Il a perdu toute communication avec le sternum. Sa face antérieure est très lisse et polie. A la coupe, on voit que le cartilage a conservé son apparence. La partie interne du fragment externe du cartilage costal est rugueuse, érodée et arrondie.

La collection purulente communique avec l'intérieur de l'articulation du deuxième cartilage costal avec le sternum, et forme une petite poche au-dessous de cette articulation.

La section verticale du sternum ne dénote rien de particulier.

OBSERVATIONS.

Tumeurs cancéreuses du crâne, de l'extrémité supérieure du fémur et du petit orteil gauche, par M. Gaujot, interne à l'Hôtel-Dieu.

28. Perinet Marie, âgée de soixante-douze ans, entrée le 14 septembre 1852 à l'Hôtel-Dieu (service de M. Roux).

Cette femme vint réclamer des soins: 1° pour une tumeur qui s'était développée sur le petit orteil gauche; 2° pour des douleurs vives qu'elle éprouvait le long de la partie postérieure de la jambe et de la cuisse du même côté.

Au dire de la malade, l'apparition de la tumeur du petit orteil et le début de ces douleurs remontaient à peu près à la même

époque, à sept mois. Auparavant cette femme se portait bien. Du reste, sa constitution paraissait bonne ; elle était grasse, un peu pâle, mais sans offrir une teinte jaune prononcée.

Le petit orteil gauche était converti en une tumeur piriforme, de la grosseur d'une noix, rougeâtre, violacée, élastique, rénitente, mais pas franchement fluctuante. La peau qui la couvrait était tendue et n'offrait plus de plis au niveau de l'articulation phalangienne. Cependant le petit orteil ne paraissait pas envahi dans toute son épaisseur, et la tumeur siégeait principalement à la partie supérieure et externe où la peau était violacée et amincie.

Depuis sept mois cette tumeur s'était accrue peu à peu, sans jamais faire souffrir la malade, la pression n'y déterminant aucune douleur.

M. Gosselin, alors chargé du service, en remplacement de M. le professeur Roux, reconnut à ces caractères une tumeur encéphaloïde développée dans l'épaisseur du petit orteil.

2° En cherchant le siège et la cause des douleurs vives dont la malade se plaignait le long de la partie postérieure de la jambe et de la cuisse, M. Gosselin remarqua qu'il existait à la partie supérieure du membre une certaine déformation due à un relief assez prononcé au niveau, en dedans et au-dessous du grand trochanter.

En palpant cette région, on put reconnaître que ce relief était produit par une tumeur volumineuse qu'on sentait profondément à travers les tissus, mais dont, à cause de cette disposition, il était impossible de préciser d'une manière exacte le siège et la consistance. Elle n'était point mobile à la pression et suivait les mouvements imprimés au membre ; pas de changement de coloration des téguments, pas de gêne dans l'articulation coxo-fémorale, pas d'infiltration.

La pression au niveau de la tumeur déterminait de graves douleurs ; il en était de même lorsqu'on imprimait des mouvements au membre. Celui-ci avait la même longueur que l'autre et n'était pas dévié.

Cependant depuis longtemps la malade ne pouvait plus s'en servir, et depuis plusieurs mois elle gardait le lit.

Le diagnostic porté par M. Gosselin fut celui-ci : ostéosarcome de l'extrémité supérieure du fémur.

Aucune douleur dans les autres parties du corps; aucun trouble dans les fonctions des viscères.

On ne pouvait évidemment songer à débarrasser cette femme de sa tumeur du petit orteil, puisqu'il existait un ostéosarcome de la partie supérieure du fémur. On se contenta donc de quelques palliatifs; frictions sur la cuisse avec un liniment opiacé, cataplasmes laudanisés, etc.

Les jours suivants l'œdème commença à envahir le membre. Les mouvements devinrent plus difficiles et les frictions faites chaque jour avec le liniment opiacé étaient extrêmement douloureuses.

Le 12 octobre, voulant constater l'état du membre, je le trouvai complètement œdématié. Sa position me frappa tout d'abord: il y avait une forte rotation du genou en dedans, en même temps qu'il était un peu fléchi. Le pied aussi était entraîné en dedans et reposait sur son bord interne. Le membre était un peu plus court.

Je voulus vérifier par la sensation de la crépitation l'existence d'une fracture du fémur dont je voyais tous les signes rationnels; mais le moindre ébranlement faisait pousser de tels cris de douleur à la malade, que je dus y renoncer.

A partir de ces derniers jours, l'agonie commença. Cette femme, couchée sur le côté droit, ne bougeait plus et ne parlait plus guère que lorsqu'on l'interrogeait; alors son intelligence paraissait encore bien saine, et elle la conserva telle jusqu'à sa mort, qui eut lieu le 17 octobre.

Autopsie le 19 octobre. — Infiltration du membre gauche qui se place de lui-même dans la rotation en dedans, comme pendant la vie.

1° Le petit orteil gauche présente absolument les mêmes caractères extérieurs; en l'incisant le long de sa face supérieure, on voit que celle-ci est occupée par une tumeur reposant directement sur les os des deux phalanges dénudés et altérés en cet endroit; tumeur de forme arrondie, de la grosseur d'un marron, adhérente à la peau, avec laquelle elle semble se confondre, et formée par une masse rougeâtre rosée, mollasse, comme fongueuse, un peu diffuente.

Les éléments de la face inférieure, peau, tissu cellulo-graisseux, tendons, ligaments, etc., sont sains.

2° Après avoir scié le fémur à sa partie moyenne et désarticulé la tête, je parvins à séparer assez facilement des tissus environnants une tumeur volumineuse, adhérente à l'os, logée derrière le col du fémur, et dans l'angle formé par le col avec le corps, au-dessous des os du bassin.

Elle était recouverte en avant par le couturier, le psoas, le pectiné, le vaste interne, l'artère fémorale, etc. ; en dedans par les adducteurs, en arrière par les muscles qui s'insèrent à la tubérosité de l'ischion, sur laquelle reposait une partie de la tumeur, et le nerf sciatique qui ne présentait rien de particulier ; en avant elle touchait également à l'os pubis et remontait jusqu'à l'arcade fémorale.

Aucun os du bassin n'était altéré, l'articulation coxo-fémorale était saine.

Le tissu cellulaire ambiant était un peu épaissi, et les muscles, surtout ceux de la région antérieure, refoulés et aplatis.

Cette tumeur adhère à l'os par une portion un peu rétrécie, en dedans et surtout en arrière du corps du fémur, dans une étendue de 10 à 12 centimètres environ à partir du haut de la face postérieure du grand trochanter et le long de la ligne postérieure qui est à la base du col en arrière.

Le col et la capsule fibreuse de l'articulation étaient libres d'adhérences.

La tumeur a une forme irrégulière, inégale, bosselée, du volume des deux poings réunis à grand diamètre vertical, ayant dans ce sens 18 centimètres de haut sur 10 de large. Sa couleur est rosée, un peu plus rouge dans certains points, un peu plus pâle dans d'autres. Sa consistance est molle ; la portion la plus interne est un peu plus ferme ; elle est aussi plus pâle que celle qui est en arrière et qui est plus rouge et presque diffuente. Là existe une sorte de poche formée par une portion de la tumeur ramollie. En y enfonçant le doigt, on sent la face postérieure de l'os dénudé, carié et perforé, de manière à permettre au doigt de s'introduire jusque dans le canal médullaire.

On ne peut trouver trace de périoste en dedans et en arrière au niveau des points d'insertion de la tumeur ; au contraire, en avant, et surtout sur la face externe de l'os, le périoste est épais, dur, et présente dans son intérieur beaucoup de petits points osseux.

Mais, en outre, il existe une fracture du fémur, commençant à 3 centimètres à peu près au-dessous du grand trochanter, oblique de haut en bas et d'avant en arrière. Les fragments sont libres et mobiles en avant; mais en arrière ils sont retenus en place par la tumeur qui s'attache en dedans et en arrière, en même temps au fragment supérieur et à l'inférieur. Il n'y a donc point de chevauchement et le déplacement ne s'effectue que dans le sens de l'axe du membre. Aussi cette fracture explique-t-elle bien la déformation subite, la rotation en dedans qu'on avait vue quelque temps avant la mort.

Les bords des fragments, surtout de l'inférieur, sont dénudés en avant et en dedans. Le tissu de l'os est rougeâtre et paraît moins dense.

Au niveau de la fracture on voit que le tissu compacte a diminué de densité et d'épaisseur. Le canal médullaire est agrandi; les tissus spongieux et médullaire sont convertis en un tissu assez ferme, grisâtre, comme granuleux.

En sciant en deux longitudinalement l'extrémité supérieure du fémur, on voit cette même matière remplir toute la partie supérieure du canal médullaire, se continuer avec la masse extérieure par la perforation dont nous avons déjà parlé, laquelle a plus de 2 centimètres de diamètre, et est située à la base du col en arrière. Une autre perforation semblable existe au-dessous de la première.

Le tissu spongieux du grand trochanter et du col est également altéré. Il est raréfié, rouge, très friable. Ça et là on voit des points blanchâtres, mous, de la grosseur d'un pois, d'une noisette, formant comme de petits flots incrustés dans le tissu spongieux. Enfin, quelques-uns de ces points blanchâtres qui se sont développés dans la couche externe du tissu osseux du col et du grand trochanter se montrent à l'extérieur, où il est facile de constater la petite cavité qui les loge.

3° Par suite d'une circonstance toute fortuite, je découvris sur la partie moyenne et supérieure du pariétal droit une tumeur de la grosseur d'un œuf, molle, presque fluctuante, sans changement de couleur à la peau. En l'incisant, je tombai sur un amas de substance rougeâtre fongueuse, absolument semblable à la substance cérébrale, sauf qu'elle était un peu plus rouge.

Le doigt, introduit à son centre, pénétra dans un trou du pa-

riétal, ayant plus de 2 décimètres de diamètre. On sentait les bords irréguliers et raboteux de cet orifice, et de plus des fragments osseux, détachés et mobiles, au milieu de la masse de la tumeur. Celle-ci n'est que la continuation par cet orifice, l'épanouissement au dehors d'une masse de matière absolument semblable, située dans l'intérieur du crâne, entre l'os et la dure-mère, où elle forme une tumeur d'un volume à peu près semblable à celle qui est à l'extérieur, mais un peu plus étalée.

La dure-mère, vue par sa face externe, est soulevée; elle est d'un blanc nacré et paraît tout à fait saine. En la décollant autour de la tumeur, on voit que celle-ci est adhérente à la fois aux os et à la membrane fibreuse; et si l'on tire sur celle-ci, une portion de la masse se déchire et vient avec elle. Cependant en grattant la membrane avec le scalpel, on enlève très bien la substance qui y adhère.

Le pariétal est altéré dans tous les points en contact avec la tumeur. Il est inégal, rugueux, criblé de petits trous, d'où sortent des tractus nombreux constitués par de la substance semblable à celle de la tumeur. Ce sont ces petits tractus qui s'allongent, et se déchirent lorsqu'on tire la dure-mère.

4° Une autre tumeur, absolument semblable quant à sa nature et à ses caractères, est située dans l'espace triangulaire qui sépare les deux lobes postérieurs du cerveau entre eux et la face supérieure du cervelet, perforant l'occipital au niveau de la protubérance occipitale interne (le doigt passe facilement dans cet orifice) et venant faire sous les téguments du crâne un relief du volume d'une noix environ.

L'occipital présente absolument les mêmes altérations que nous avons mentionnées pour le pariétal.

Quant à la portion intracrânienne de la tumeur, elle a un volume assez considérable. Elle est divisée en deux parties par une lame fibreuse: l'une, qui est située entre cette lame et l'occipital auquel elle adhère par de nombreux filaments, traverse la perforation de l'os et fait saillie à l'extérieur; l'autre, placée en avant, s'étale sous la tente du cervelet à laquelle elle reste fortement attachée. Elle a une forme triangulaire; sa base tient à la première portion, sa pointe se termine le long des sinus droits, et atteint même les veines de Galien, sur lesquelles on aperçoit une trainée de substance mollassse et rougeâtre.

En cherchant après le pressoir d'Hérophile, on ne peut en retrouver d'autre trace que dans la membrane fibreuse qui sépare les deux portions de la tumeur.

Cette membrane paraît constituer les parois des sinus latéraux, car vers le milieu de la gouttière rosée qu'elle forme viennent aboutir en avant le sinus droit, en arrière le sinus longitudinal supérieur.

Ceux-ci, fendus dans toute leur longueur, surtout le longitudinal, laissent voir dans leur intérieur une longue trainée de substance rougeâtre, noirâtre même dans quelques points, blanchâtre dans d'autres, assez ferme, qui remplit le sinus droit tout entier, et seulement la moitié postérieure du sinus longitudinal supérieur. Ce cordon paraît formé de la même substance qui environne et remplit les sinus latéraux.

La dure-mère de la voûte crânienne se décolle avec une extrême facilité en entraînant çà et là de petits filaments de substance semblable à celle des tumeurs, lesquels adhèrent à l'os qui, en ces points, offre de grands pertuis ou une légère érosion.

Mais c'est surtout à la face externe de la boîte osseuse que l'on remarque ces trous : quelques uns sont assez grands pour permettre d'enfoncer un scalpel jusque dans le diploé.

Deux surtout méritent d'être mentionnés à cause de leur étendue. L'un est situé sur la suture médiane des pariétaux, et l'autre dans l'angle inférieur et externe du pariétal droit.

Ils contiennent une matière blanche rosée, faisant saillie au dehors. En regardant par transparence à travers la table externe, on voit çà et là des points blanchâtres, qui sont de petits flocs de matière blanchâtre déposée dans le diploé.

Les méninges sont saines. Aucun signe de compression sur l'hémisphère droit, ni sur la face supérieure du cervelet.

La substance du cerveau et du cervelet présentent, au contraire, une consistance remarquable. La coupe en paraît striée.

L'utérus, examiné par le toucher, est sain.

Cette femme étant réclamée, il me fut interdit d'examiner les autres viscères.

Déjà aux différents caractères que j'ai donnés de ces diverses tumeurs, on a dû reconnaître des productions de nature encéphaloïde. L'examen à l'œil nu ne laissait aucun doute.

Mais afin de donner plus de poids encore à mon observation,

je me suis adressé à M. Broca, auquel j'ai donné un petit morceau de chaque tumeur à examiner au microscope.

M. Broca me répondit que toutes contenaient des cellules cancéreuses.

Nous croyons devoir attirer l'attention sur les points suivants :

1° La multiplicité de ces tumeurs est un bel exemple de diathèse cancéreuse, ayant son point de départ dans le tissu osseux.

2° L'altération des os du crâne montre que les fongus ont eu leur point de départ dans les os eux-mêmes, et non sur la dure-mère.

3° La destruction du confluent des sinus et la pénétration de la matière cancéreuse dans les sinus.

4° L'absence complète de symptômes rationnels des fongus du crâne, puisqu'ils furent découverts par hasard, après la mort, ayant passé complètement inaperçus du vivant de la malade, qui ne s'en était jamais plainte, et n'en avait jamais manifesté le moindre symptôme, du moins pendant cinq semaines qu'elle passa à l'hôpital. J'ai noté plus haut que son intelligence et ses sens s'étaient conservés intacts jusque dans ses derniers moments.

Extrait du rapport de M. Lebert sur l'observation précédente.

Plusieurs questions intéressantes se présentent tout naturellement à l'occasion de ce fait. Une des premières, et qui n'a point encore été suffisamment traitée par les auteurs qui se sont occupés de l'étude des maladies cancéreuses, est celle de la succession ou de la simultanéité des diverses tumeurs dont l'autopsie a révélé l'existence.

Tout en distinguant avec soin les dépôts primitifs de tumeurs cancéreuses de celles d'origine secondaire ou infectante, on arrive encore à établir des différences assez tranchées entre la manifestation primitive du cancer dans les divers organes, et il y a surtout un fait qui nous a frappé, c'est la multiplicité d'emblée qui s'observe dans le cancer primitif des membranes séreuses de la plèvre et du péritoine, ainsi que dans celui du foie et des poumons. Le squelette offre, sous ce rapport, une particularité intéressante dans ce sens qu'il présente à la fois une simultanéité de dépôts multiples, et ensuite une succession de dépôts cancéreux ultérieure. Nous avons comparé sous ce rapport un certain nombre de faits qui nous ont fourni des résultats en tout sem-

blables à celui que présente l'observation actuelle. En effet, la lecture très attentive de l'anamnèse rend plus que probable que les deux tumeurs du membre inférieur, celle de l'orteil et celle du fémur, se sont développées à peu près simultanément; mais déjà à côté de cette tumeur du trochanter, nous trouvons dans les tubercules cancéreux jaunes et plus fermes du voisinage des dépôts évidemment de date plus récente. Nous avons enfin la preuve la plus convaincante du développement successif des tumeurs dans celle de la voûte crânienne et des méninges.

En examinant attentivement le crâne par transparence, nous avons pu reconnaître des points opaques, bornés encore au diploé, qui étaient des cancers commençants; d'autres qui avaient déjà usé la table interne et qui étaient encore assez fermes, et plusieurs enfin, bien décrits dans l'observation, qui avaient largement usé les parois du crâne et contracté des adhérences avec la surface interne de la dure-mère; il est impossible, du reste, d'y reconnaître des cancers successifs et d'âge différents.

Nous trouvons dans ce fait également un nouvel appui des doctrines de notre savant ami M. Broca, sur la pénétration du cancer dans les veines et dans une région où celle-ci n'avait point encore été étudiée; seulement sous ce rapport, ce fait laissait un peu à désirer en ce sens que le mode de défoncement des sinus n'a point pu être tracé avec la même exactitude que les faits décrits dans le mémoire de M. Broca: la destruction était trop avancée, mais on pouvait suivre la continuité de la matière cancéreuse extra-veineuse et celle renfermée dans les sinus.

Nous attirons enfin l'attention des membres de la Société sur ce fait si commun dans l'étude des cancers, savoir: l'absence complète de symptômes correspondants à ces dépôts multiples de tissus encéphaloïdes dans l'épaisseur du crâne, sur les méninges et autour des sinus de la dure-mère.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

XXVIII^e ANNÉE.

Bulletin N^o 2. — Février 1853.

RÉDIGÉ

PAR M. FOUCHER, SECRÉTAIRE.

SOMMAIRE.

Extrait des procès-verbaux des séances de la Société.

1. Tumeur fibro-plastique de la région sous-orbitaire. — 2. Fracture de l'extrémité inférieure du radius. — 3. Tubercules des os. — 4. Cancer de l'humérus. — 5. Tumeur fibro-plastique du sein. — 6. Rétrécissement de l'orifice aortique. — 7. Fracture des deux os de l'avant-bras. — 8. Fracture de l'extrémité inférieure du radius. — 9. Tumeurs fibreuses des annexes de l'utérus. — 10. Fracture des os du crâne. — 11. Fracture du crâne. — 12. Grossesse extra-utérine. — 13. Tumeur blanche du coude. — 14. Perforation de l'estomac. — 15. Tumeur hydatique du foie. — 16. Ulcérations du gros intestin dans la fièvre typhoïde. — 17. Perforation intestinale. — 18. Rétrécissement aortique avec insuffisance valvulaire. — 19. Perforation intestinale. — 20. Coxalgie. — 21. Tumeurs cancéreuses multiples. — 22. Caduque utérine. — 23. Liquide extrait d'une tumeur de la bouche. — 24. Atrophie musculaire progressive.

Observations. — 1. Tumeur fibro-musculaire de l'utérus, par M. Louis Blin, interne à l'Hôtel-Dieu. — 2. Pyélite chronique, communication du foyer purulent avec le colon et le poumon droit, par M. Marcé, interne des hôpitaux. — *Extrait du rapport* de M. Boulay sur cette observation. — 3. Nécrose de l'extrémité inférieure du fémur. — Séquestres invaginés, par M. Marcé, interne des hôpitaux. — 4. Rupture de l'utérus pendant l'accouchement, par M. Taurin, élève des hôpitaux.

PRÉSIDENCE DE M. CAUVILHIER.

1. M. Canuet montre une tumeur de la région sous-orbitaire qui a été enlevée dans le service de M. Gerdy sur un homme de cinquante-cinq ans. Cette tumeur datait de six mois ; elle faisait

saillie sous l'œil gauche; elle était recouverte par de la peau saine, et adhérait aux parties sous-jacentes.

Profondément elle pénétrait dans le sinus maxillaire et jusque dans les fosses nasales, dont elle repoussait la paroi externe. La tumeur a pu être enlevée par une simple incision faite à la peau. Le chirurgien avait pensé, à la simple vue, qu'elle était composée de tissu encéphaloïde.

M. *Lebert*. Une portion de cette tumeur m'a été remise. Je l'ai trouvée presque exclusivement composée de tissu fibro-plastique. J'ai conservé toutefois quelques doutes sur quelques éléments qui m'ont paru pouvoir être de nature cancéreuse à cause de la largeur des nucléoles.

M. *Broca*. Je ne suis pas complètement de l'avis de M. *Lebert*. Je n'ai vu là qu'une tumeur fibro-plastique. Elle est caractérisée surtout par l'agencement bout à bout des éléments fusiformes, de manière à constituer une véritable trame. Ce caractère me paraît être le signe d'une tumeur complètement fibro-plastique. On trouve encore d'autres éléments : ce sont de grandes cellules contenant plusieurs noyaux allongés, pointus, pourvus de nucléoles assez volumineux, il est vrai ; mais ce ne sont là que les cellules fibro-plastiques mères, décrites par M. *Lebert* lui-même. L'examen à l'œil nu d'ailleurs permet de constater l'absence totale du suc qui existerait si la maladie était véritablement cancéreuse.

M. *Canuet* montre que la tumeur offrait en avant une sorte de coque osseuse très amincie, provenant, sans doute, de la paroi antérieure du sinus, ayant presque disparu par une sorte d'absorption moléculaire.

M. *Trélat*. Je rapprocherai de cette pièce une tumeur enlevée dernièrement par M. *Nélaton*, provenant également du sinus maxillaire, et exclusivement composée de tissu fibro-plastique. Elle était parfaitement limitée, du volume d'une grosse noix, semblable à certaines tumeurs fibreuses de l'utérus. Elle présentait en haut et en avant une coque osseuse mince, et dans laquelle il était évident que l'os était aminci et non altéré.

2. M. *Titon* présente une fracture de l'extrémité inférieure du radius. Un homme est tombé à la renverse de 15 pieds de haut. La chute a principalement porté sur la paume de la main. On l'a porté à l'hôpital le 26 octobre. Il présentait une ecchymose des

paupières, une fracture des os propres du nez, une luxation incomplète du gros orteil, et deux fractures de l'avant-bras : fracture du radius et du cubitus à droite; fracture de l'extrémité inférieure du radius à gauche, avec déplacement de la tête du cubitus et plaie des téguments établissant une communication de l'extérieur avec le foyer de la fracture. A la suite de ces désordres, il s'est montré du gonflement, de la tension, etc. Le malade a été en proie à un délire nerveux qui a cédé aux opiacés. Bientôt l'inflammation est devenue extrême, autour du bras gauche; les plaies ont pris un mauvais aspect; la peau s'est soulevée, est devenue emphysémateuse; plusieurs incisions ont été pratiquées; la gangrène s'en est emparée; enfin l'amputation a été jugée nécessaire, et pratiquée aux deux tiers de l'avant-bras. A la dissection, nous avons trouvé de larges infiltrations de pus dans la paume de la main et les gâmes des doigts. L'apophyse styloïde du cubitus faisait saillie au dehors à travers le tégument déchiré, et était écartée du radius. Celui-ci présentait une fracture à 2 centimètres au-dessus de l'articulation. La fracture était dirigée obliquement de haut en bas et d'avant en arrière. Le fragment inférieur était divisé en deux, et repoussé un peu en arrière. Le fragment supérieur était comme engrené dans une dépression du fragment inférieur, mais il n'y avait pas de pénétration proprement dite.

3. M. *Titon* montre une deuxième pièce. Une femme de trente-quatre ans présentait tous les symptômes de la *cachexie tuberculeuse* : elle avait des cavernes dans le poumon; le foie volumineux, le ventre météorisé, le mésentère plein de bosselures, que l'on sentait à l'extérieur; de la diarrhée, un grand épuisement, et avec tout cela une *tumeur blanche*. Celle-ci affectait surtout les parties molles du coude. L'articulation était gonflée, la peau amincie; on sentait quelques masses tuberculeuses au-dessous de la peau. Quelques unes avaient formé des abcès et produit des fistules, mais qui ne semblaient pas s'étendre jusqu'aux os.

A l'autopsie, nous avons trouvé les poumons criblés de cavernes; le foie gras et hypertrophié; l'intestin grêle, l'iléon surtout, couverts d'ulcérations formant même, au niveau du cœcum, une nappe uniformément étendue de matière tuberculeuse, avec épaissement des tuniques intestinales; les ganglions du mésentère étaient envahis par le tubercule; enfin l'articulation du

coude offrait les masses tuberculeuses des parties molles constatées pendant la vie; elles étaient plongées dans un tissu fongueux, comme lardacé. De plus, l'os était malade; il y avait de l'ostéite, surtout à l'extrémité supérieure du cubitus; et à la partie externe de cette extrémité il y avait une petite tache jaunâtre qui semble de nature tuberculeuse, et que l'on peut voir, d'après la coupe qui a été pratiquée, se prolonger jusque vers le tissu spongieux. C'est là un véritable exemple de *tubercules des os*.

M. Canuet rapporte le fait suivant : Une femme de soixante-trois ans a été apportée dans le service de M. Gerdy. Elle avait été renversée par une voiture, une roue avait passé sur son corps. Elle offrait une *plaie des doigts* et une *petite plaie sur le côté de la poitrine*. Elle a été soumise à l'irrigation continue. Le délire nerveux est survenu. Il a cédé aux opiacés; mais bientôt les symptômes de l'infection purulente ont apparus, et la malade a succombé.

A l'autopsie, outre les lésions que nous avons constatées pendant la vie et les abcès métastatiques produits par l'infection purulente, nous avons trouvé une fracture de six côtes. Pendant la vie, aucune douleur, aucun symptôme n'avait révélé une semblable lésion, et cependant un fragment avait déchiré la plèvre et même le poumon, et déterminé un épanchement purulent de la cavité pleurale.

M. Broca rappelle un fait analogue présenté à la Société par M. Letixerand. Un couvreur était tombé, et s'était fait dix-neuf à vingt fractures du bassin, du bras, de la mâchoire, etc. Il y avait en même temps une fracture multiple de côtes qui n'avait pas été reconnue.

4. M. Parmentier présente un cancer de l'humérus qui provient du service de M. Malgaigne. La tumeur était grosse comme la tête d'un enfant. La maladie ne remontait qu'à trois mois et demi. Elle avait commencé par une douleur dans le bras, prise d'abord pour une douleur rhumatismale ou névralgique. Bientôt le gonflement était survenu; il augmenta considérablement à la suite de manœuvres pratiquées par un charlatan. La tumeur était violacée, fluctuante en avant, molle et pâteuse en arrière, sans battement. Les mouvements de l'articulation étaient devenus impossibles. La désarticulation a été pratiquée lundi. Une grande quantité de sang a été perdue pendant l'opération. Le malade a

eu une syncope, et est mort deux heures après. La tumeur présente, comme on le voit, une masse pulpeuse considérable, dans laquelle les parties osseuses, en grande partie détruites, viennent se perdre en laissant éparses quelques portions nécrosées complètement séparées. Le tissu de la tumeur est très rouge, noir; il est gorgé de sang, et offre tous les caractères des fungus hématoïdes. M. Broca a reconnu sa nature cancéreuse.

M. Cruveilhier rappelle que la dernière opération de Pelletan fut pour un cas analogue. Le malade succomba pendant l'opération.

M. Verneuil fait remarquer la rapidité de l'évolution de cette tumeur. Il explique par cette rapidité même la présence des nombreux séquestres qui ont été constatés dans la tumeur. Il note l'intégrité du cartilage, fait commun, en général, aux maladies de l'os, telles que le cancer ou le tubercule, tandis que, dans l'arthrite, le cartilage est généralement attaqué. Il en tire cette conclusion, que le cartilage vit beaucoup plus aux dépens de la synoviale qui le tapisse que de l'os qui le soutient.

M. Broca revient sur la rapidité extrême de cette maladie. Il faut admettre nécessairement une espèce de cancer aigu. Il en connaît plusieurs exemples; mais il n'en avait point vu encore parini les cancers des os.

5. M. Arrachard présente une *tumeur du sein* grosse comme un œuf, qui avait commencé à se développer il y a quatre ans. Depuis six mois elle ne changeait pas de volume. Elle était à droite, non pas dans le sein proprement dit, mais sous le grand pectoral, adhérente au petit pectoral et aux tissus sous-jacents. Elle a été extirpée par une simple incision. On a dû ruginer les côtes pour l'enlever complètement. Elle a été examinée au microscope par M. Broca.

M. Broca. Cette tumeur offrait un centre jaunâtre. La périphérie présentait des stries parallèles d'apparence musculaire. Au microscope, je n'ai trouvé que du tissu fibro-plastique. La tumeur d'ailleurs ne contenait pas de cul-de-sac glandulaire; elle était indépendante du sein, et complètement développée sous le grand pectoral. Elle était adhérente aux côtes, et celles-ci avaient été ruginées. J'avais porté mon attention du côté de la plèvre, car j'ai démontré qu'une inflammation de cet organe accompagne souvent les opérations pratiquées sur la paroi thora-

cique. Des accidents très graves se sont manifestés : un érysipèle qui a été suivi d'un phlegmon diffus ; les fusées purulentes sont descendues le long de l'abdomen jusqu'à la crête iliaque ; la suppuration s'est propagée en ceinture d'une crête iliaque à l'autre, et la malade a succombé. A l'autopsie, je m'attendais à trouver une inflammation de la plèvre ; j'ai été déçu, la plèvre n'existait pas de ce côté. Il y avait une adhérence complète du péricarde avec les côtes en ce point ; le poumon avait presque disparu. Le péricarde offrait, en outre, quelque adhérence avec l'aorte, qui était ainsi attirée vers l'aisselle droite. L'inflammation n'avait pu se propager vers la plèvre ; il y avait un peu d'injection dans le tissu cellulaire doublant le feuillet péricardique. Si l'on eût ausculté le malade, le diagnostic aurait sans doute été très embarrassant.

Je ne suis pas éloigné de croire que l'inflammation qui a dû amener l'adhérence du péricarde avec la paroi thoracique a été le point de départ de la production fibro-plastique, absolument comme une inflammation analogue peut déterminer la formation d'ostéophytes. Remarquons, dans tous les cas, que la tumeur avait pris naissance juste au niveau de cette adhérence du péricarde, et envoyait des racines profondes de ce côté-là.

6. M. *Titon*. Une femme de vingt-six ans est entrée il y a un mois à l'hôpital Sainte-Marguerite pour une *affection du cœur*. Elle présentait de l'œdème des membres inférieurs, de la décoloration de la face, un bruit de souffle aux deux tempes ; l'affaiblissement était extrême. Lorsqu'elle a succombé, nous avons trouvé dans le poumon droit des foyers apoplectiques multiples, variant de la grosseur d'une noisette à celle d'une noix. L'estomac présentait une infiltration sanguine sous-muqueuse ; l'utérus offrait une lésion remarquable. Le ligament large était infiltré de sang, et le pavillon de la trompe n'existait plus ; il était transformé en une poche à paroi multiple contenant du liquide, et n'ayant aucune adhérence avec les parties voisines. Le cœur était hypertrophié ; le péricarde rempli d'une sérosité sanguinolente. Un filet d'eau versé dans l'aorte a démontré l'existence d'une insuffisance valvulaire. *L'orifice aortique était en outre rétréci*, et il existait sur la paroi artérielle des valvules, et remontant à 2 ou 3 centimètres sur la tunique interne du vaisseau, des plaques d'une substance un peu boursoufflée, comme fongueuse, d'une

teinte rougeâtre, à bords un peu déchiquetés, et dont la nature ne nous a pas paru bien déterminée.

7. M. Prost présente une *fracture des deux os de l'avant-bras*, coïncidant avec une *luxation de l'extrémité supérieure du radius en avant*. On a attendu avant de réduire la luxation que la fracture fût consolidée ; mais l'inflammation qui est survenue a déterminé des désordres qui ont nécessité l'amputation du bras. M. Prost pense que, si l'on avait réduit immédiatement, l'inflammation eût été plus modérée, et eût pu facilement être réprimée.

8. M. Prost montre, en second lieu, une *fracture de l'extrémité inférieure du radius*, compliquée d'une *fracture du cubitus*, située plus haut, sur un homme qui est tombé d'un sixième étage. La fracture du radius présente tous les signes classiques. Il y a écrasement du fragment inférieur et un peu du scaphoïde.

9. M. Leudet. J'ai trouvé à la salle d'autopsie, sur un sujet qui avait été diagnostiqué tuberculeux, *deux tumeurs situées dans les annexes de l'utérus* : l'une très volumineuse, située dans l'un des ligaments larges, ne tient pas à l'ovaire ; de l'autre côté, c'est l'ovaire lui-même qui est transformé en une masse dure, résistante, criant sous le scalpel. Dans les deux tumeurs on ne trouve pas de suc miscible, et au microscope on ne rencontre que du tissu fibreux et quelques noyaux de forme peu déterminée, dont les caractères s'éloignent de ceux du cancer. L'utérus paraît intact ; mais au niveau du pylore du même sujet l'estomac présentait un épaissement notable semblant aussi de nature fibreuse et n'offrant pas de suc. Si je conserve quelques doutes sur la nature de ces tumeurs, cela vient précisément de leur simultanéité. Cependant je me crois fondé à dire que c'est là un exemple de tumeurs fibreuses multiples dans l'économie.

M. Gaillet, qui a examiné ces tumeurs, ne croit pas non plus à leur nature cancéreuse.

M. Cruveilhier croit aussi à la nature fibreuse de ces tumeurs.

10. M. L. Blin montre une *fracture des os du crâne*. Un homme est tombé du deuxième étage sur le pavé. Le choc a porté sur la face : celle-ci, quand le malade est entré à l'hôpital, était violemment contusionnée ; il n'y avait pas de crépitation ; les paupières étaient ecchymosées. Le malade n'avait pas perdu connaissance. Les signes de la commotion n'existaient pas. Le délire survint peu de temps après l'entrée à l'hôpital, et le malade succomba le

deuxième jour. A l'autopsie, nous avons constaté une contusion du lobe droit reconnaissable aux petits épanchements sanguins disséminés dans la substance cérébrale. Au-dessous du lobe sphénoïdal, on trouvait une nappe de sang épanché ; de plus, il y avait diverses fractures des os de la face et du crâne : les os propres du nez, la lame perpendiculaire et criblée de l'ethmoïde, le corps du sphénoïde, le maxillaire supérieur gauche, l'os malaire et l'arcade zygomatique du même côté. La fracture du maxillaire divisait en deux le plancher de l'orbite.

11. M. Trélat présente de la part de M. Loiseau, interne à Charenton, le crâne d'un homme qui a fait une chute de 30 pieds. Une fracture existe sur le côté droit du front à la partie externe de l'orbite; elle divise la voûte orbitaire en deux, et s'étend à travers l'apophyse externe de l'os maxillaire et l'apophyse ptérygoïde jusqu'à la lame carrée du sphénoïde; elle ne s'arrête qu'à l'apophyse basilaire de l'occipital. M. Trélat signale encore, sur ce sujet, une luxation de l'atlas sur l'occipital; malheureusement il n'a pas les pièces entre les mains, et ne peut offrir de preuves suffisantes à l'appui de ce fait. Quoi qu'il en soit, la mort a été instantanée.

12. M. Pise présente le produit d'une *grossesse extra-utérine*. Une femme entra pendant les vacances dans le service de M. le professeur Piorry, à la Charité, présentant les symptômes d'une péritonite suraiguë; en proie au plus violent délire, elle ne put fournir aucun renseignement. Cependant on sentit par la palpation une tumeur dans la fosse iliaque droite. La malade mourut au bout de cinq ou six jours. A l'autopsie, on trouva d'abord des caillots sanguins épanchés dans la cavité péritonéale; il n'y avait ni pus, ni fausses membranes; les intestins étaient colorés en noir très foncé; les parties génitales offraient à la région ovarique droite une tumeur considérable formée de caillots stratifiés, déchirée en un point d'où sortait du sang semi-coagulé, en un mot ayant tout l'aspect d'un ancien anévrisme de l'aorte qui vient de se rompre.

Presque au sommet de la tumeur était une poche pleine d'un liquide transparent et contenant un fœtus parfaitement conformé, très bien conservé, d'une grandeur équivalente à l'état normal à un âge de dix semaines environ. La poche fœtale était tapissée par une membrane lisse et transparente, un véritable amnios.

Sur sa partie inférieure était un placenta offrant plusieurs circonvolutions parfaitement dessinées. Le cordon ne s'insérait pas au centre de ce placenta, mais à son bord interne.

L'utérus ne différait en rien de l'état où on le trouve pendant la vacuité, sa membrane muqueuse n'offrait point cette hypertrophie et cette vascularisation si remarquable pendant la grossesse; il n'existait rien qui pût ressembler à une caduque.

L'ovaire et la trompe du côté gauche étaient parfaitement sains.

L'ovaire droit, celui du côté du kyste, était caché au milieu de la masse des caillots sanguins; la trompe, tout à fait méconnaissable, avait son orifice utérin entièrement bouché. J'ai dû en conclure que la grossesse était tubaire, et je pense qu'on peut expliquer la marche de l'affection de la manière suivante :

Un œuf fécondé se sera développé dans la trompe droite. Sa présence y aura déterminé un phénomène analogue à celui que présente l'utérus dans le cas de grossesse normale, c'est-à-dire un afflux sanguin considérable; les vaisseaux tubaires, n'ayant pu s'y prêter aussi bien que ceux de l'utérus, se seront rompus. L'hémorrhagie étant d'abord faible, lente, le sang coagulé aura formé une masse considérable jusqu'à ce qu'enfin une hémorrhagie plus violente étant survenue, le sang se sera fait jour à travers une déchirure de la masse des caillots primitifs jusque dans la cavité péritonéale, rupture à laquelle la malade a évidemment succombé.

M. *Moreau* considère les nombreux caillots qui environnent la tumeur comme une dépendance du placenta.

M. *Denucé*. Il existe beaucoup d'exemples de tumeurs sanguines du bassin. Elles ont été décrites par M. *Récamier*. J'en ai présenté un cas à la Société. M. *Viguié* a de nouveau appelé l'attention sur ces sortes de tumeurs. Ne seraient-elles pas toujours le résultat d'une grossesse extra-utérine analogue à celle que nous avons sous les yeux, avec cette seule différence que le fœtus, arrivé à une période moins avancée, passerait ordinairement inaperçu.

13. M. *Isambert* présente deux pièces pathologiques qu'il a recueillies à l'hôpital des Enfants.

Toutes deux proviennent d'une *amputation de bras*.

Le premier des enfants amputés est âgé de trois ans. On re-

marquait, au niveau du coude, une ulcération à fond grisâtre sur des tissus indurés, communiquant avec l'intérieur de l'articulation. Il y avait en outre deux autres fistules qui pénétraient jusque dans le foyer.

L'amputation du bras a été pratiquée.

L'intérieur de l'articulation est profondément altéré, on ne trouve plus de traces de cartilages; il n'y a point de foyers tuberculeux. A la partie supérieure du cubitus est un séquestre assez considérable, mais qui n'est pas encore complètement détaché. On ne reconnaît plus rien des surfaces articulaires, et l'extrémité inférieure de l'humérus a presque complètement disparu.

La deuxième pièce provenait d'une amputation du bras pratiquée le même jour chez un enfant de dix ans. On constata les mêmes lésions anatomiques.

14. M. Milard met sous les yeux de la Société une pièce qu'il a recueillie à l'Hôtel-Dieu.

C'est une perforation de l'estomac au niveau de la petite courbure de l'estomac.

Cette perforation a ceci de remarquable, qu'elle a été méconnue pendant la vie, et qu'on n'a pas rencontré les symptômes d'une péritonite suraiguë. Ce n'est guère qu'à l'autopsie que l'on a reconnu l'existence de la lésion. Le malade avait cependant présenté antérieurement les symptômes d'un cancer de l'estomac.

A l'ouverture du cadavre on a constaté :

L'existence de gaz dans la cavité péritonéale, un épanchement d'un liquide brun rougeâtre, et une perforation de 0,50 centimètres, à bords nets, au niveau de la petite courbure.

L'ulcération, quand on a incisé l'estomac, suivant sa grande courbure, se montre de la grandeur au moins d'une pièce de 5 francs, à bords taillés à pic, comme par un emporte-pièce. Elle est bouchée dans presque toute son étendue par le pancréas, avec lequel l'estomac a contracté des adhérences; la muqueuse gastrique est injectée, épaissie, et dans certains points elle est recouverte d'un enduit muqueux gélatiniforme.

Pour tous les membres présents, d'après l'observation de M. Brocá, c'est un ulcère simple de l'estomac, comme M. Barth notamment et d'autres membres nous en ont montré des exemples.

M. Leudet fait remarquer qu'au niveau du pancréas il y a une petite artériole ulcérée.

15. M. Roussin montre une tumeur énorme du foie.

Cette tumeur a été recueillie sur un homme mort de phthisie. Elle datait de quinze ans. Elle occupait le lobe gauche du foie, bien arrondie, fluctuante, de la grosseur d'une tête d'enfant.

Cette tumeur a été prise par quelques médecins pour un kyste séreux, par d'autres pour un kyste hydatique. M. Roussin pense que l'on devait rester dans l'incertitude, attendu que le frémissement hydatique caractéristique manquait à la percussion de la tumeur.

M. Leudet. M. Roussin est trop affirmatif. Le frémissement, s'il n'est pas perçu, ne peut pas faire rejeter l'idée d'une tumeur hydatique. C'est un signe fort inconstant.

La tumeur est ouverte devant la Société. C'est un kyste renfermant une grande quantité d'hydatides.

Les encéphalocystes sont altérées; le liquide a une couleur jaunâtre; pour MM. Leudet et Lebert, c'est de la bile mêlée au liquide.

16. M. Leudet met sous les yeux de la Société une lésion grave et étendue du gros intestin, trouvée à l'autopsie d'un homme mort de *fièvre typhoïde*. Un homme de dix-neuf ans, d'une bonne constitution, est apporté le 29 janvier 1853 à l'hôpital de la Charité, dans un état comateux profond; il fut couché au n° 40 de la salle Saint-Michel (service de M. Rayer). L'abolition complète de l'intelligence ne permit de recueillir aucun renseignement sur l'époque du début de la maladie ou sur les symptômes qui la signalèrent. Le malade, outre l'état de prostration, présentait un développement marqué du ventre, tympanite avec taches rosées lenticulaires nombreuses; la rate était volumineuse; les selles nombreuses, involontaires. L'état fébrile devint rapidement plus intense; il s'accompagna de délire. Une application de ventouses à la nuque, de deux vésicatoires aux cuisses, l'administration d'eau vineuse et de quinquina ne produisirent aucune amélioration, et le malade succomba le 1^{er} février. A l'autopsie, on trouva les organes du thorax sains. L'intestin grêle était le siège d'un développement marqué des plaques de Peyer, épaissies, adhérentes au tissu cellulaire sous-muqueux, avec de petites ulcérations superficielles peu étendues. Les follicules isolés étaient saillants, mais non ulcérés. Les ganglions mésentériques étaient volumineux, d'un brun foncé et ramollis. La grosseur du gros

intestin, comme celle de l'intestin grêle, était d'un blanc rosé, avec développement de réseaux capillaires; on voyait à sa surface un développement considérable des follicules isolés très nombreux, atteignant la plupart le volume d'un pois; leur orifice était béant; ailleurs, à leur sommet, existait une ulcération peu profonde à bords non décollés, jaunâtres. Ce développement folliculaire était surtout abondant dans le cœcum, les côlons ascendant et transverse. La rate était volumineuse; ses dimensions étaient les suivantes: hauteur, 0^m,21; largeur, 0^m,14; épaisseur, 0^m,07. M. Leudet insiste sur la rareté relative d'une lésion aussi étendue et aussi générale dans la fièvre typhoïde, lorsque les altérations de l'intestin grêle n'ont pas atteint un degré plus élevé.

17. M. Vidal. Voici plusieurs pièces pathologiques que j'ai recueillies à la Maison de santé.

D'abord ce sont les *intestins*, les *poumons* et la *rate* d'un homme de vingt-huit ans, mort de *fièvre typhoïde*. Ce malade nous a présenté ce fait remarquable, qu'il est entré plusieurs fois en convalescence, pour être repris presque immédiatement d'accidents plus graves.

Poumons. — Un grand nombre de tubercules miliaires, et, dans quelques points, de petites masses tuberculeuses en voie de ramollissement.

Rate. — Adhérences de la rate avec la face inférieure du diaphragme. En détachant ces adhérences, on trouve dans le tissu de la rate une caverne, ou plutôt une ulcération profonde, communiquant à travers le diaphragme avec la face inférieure du poumon. Cette caverne est remplie d'une masse noirâtre, sanieuse, assez consistante, comme un caillot sanguin déjà ancien. Est-ce de la mélanose? Est-ce une escarre?

M. Lebert. Je pense que c'est une escarre. J'ai vu déjà quelques faits semblables à celui qui nous est présenté; mais ces faits sont rares. Autour du caillot, vous trouvez une coloration jaune d'ocre. Eh bien, dans cette substance jaune, on constate aisément la présence de cristaux d'hématine.

Intestin noirâtre; quelques fausses membranes disséminées çà et là; adhérences de l'intestin grêle avec le côlon transverse. On remarque à ce niveau une petite *perforation* que l'on aperçoit bien, quand on presse l'intestin, de façon à faire sourdre à travers ce pertuis les liquides qu'il renferme.

M. Vidal affirme n'avoir point porté le scalpel dans cette région.

M. Lebert. Y a-t-il dans la science des faits bien constatés de perforation intestinale guérie ?

M. Leudet. On en a rapporté quelques exemples. M. Chomel rapporte un cas de perforation à la suite de fièvre typhoïde et suivie de guérison.

M. Broca. Dans les *Archives* de 1843, on trouve une observation du même genre. Ces faits sont cités, parce que l'on a eu pendant la vie les signes rationnels de perforation intestinale ; mais je ne sache pas qu'on ait eu l'occasion de constater anatomiquement de semblables guérisons.

M. Vidal ouvre l'intestin. Il existe sur sa muqueuse des cicatrices d'ulcérations anciennes, et notamment au niveau du petit pertuis déjà mentionné. Néanmoins il reste encore quelques doutes sur la perforation, et l'on peut encore se demander si elle n'est pas artificielle, et si en maniant le paquet intestinal on n'aurait pas rompu quelques points encore imparfaitement cicatrisés.

18. M. Vidal. Je viens mettre sous les yeux de la Société le cœur d'une femme âgée de quarante-cinq ans, sur laquelle je n'ai pu recueillir aucun renseignement. C'est un bel exemple de *rétrécissement aortique avec insuffisance des valvules sigmoïdes*.

Le petit doigt peut à peine être introduit dans l'orifice aortique, qui présente comme un anneau fibreux, étroit et rigide. Quand on fend longitudinalement l'artère aorte, on constate une lésion bien plus remarquable ; elle porte sur les trois valvules sigmoïdes.

L'une d'elles peut encore s'abaisser ; elle est épaissie, dure, comme cartilagineuse, surtout à son bord libre, et présente une perforation pouvant recevoir une grosse tête d'épingle.

La seconde ne peut s'abaisser qu'incomplètement.

La troisième est plaquée, collée contre la paroi aortique.

19. M. Leudet présente une *perforation intestinale* survenue dans le cours d'une *fièvre typhoïde*. Cette pièce provient d'un homme de trente-deux ans, d'une constitution vigoureuse, entré le 7 février 1853 à l'hôpital de la Charité (service de M. Rayer). Au dire du malade, le début de son affection ne remontait qu'à douze jours, elle s'était caractérisée par de l'affaissement des forces, mais jamais porté à un degré tel qu'il ait été forcé de garder le lit d'une manière continue ; puis survint de la céphalalgie, quel

ques frissons, deux épistaxis, des selles diarrhéiques seulement dans la dernière partie de la maladie, jamais de vomissements. Lors de son admission à l'hôpital, ce malade offrait un abattement assez prononcé, un état fébrile modéré (104 pulsations), une tension notable du ventre avec sensibilité assez marquée à la pression et spontanée dans toute son étendue : ces douleurs n'avaient pas, lors de leur manifestation, attiré spécialement l'attention du malade ; aucune éruption ne se remarquait à la surface des téguments de l'abdomen. Les selles étaient diarrhéiques, nombreuses. Dans les deux poumons, à la base, on constatait l'existence de râles sibilants en quantité médiocre.

Le lendemain de l'entrée à l'hôpital, l'état du malade s'aggrava rapidement ; il succomba sans avoir vomi, le 9 février.

A l'autopsie, on constata une légère congestion des deux poumons, une pleurésie très peu abondante avec quelques fausses membranes à la base du poumon gauche. Péritonite générale pseudo-membraneuse ; les fausses membranes étaient molles, faciles à déchirer ; le péritoine pariétal et viscéral injecté. Une perforation du diamètre d'un gros pois existait à l'intestin grêle à un pied environ au-dessus de la valvule iléo-cœcale ; elle était incomplètement bouchée à l'extérieur par des fausses membranes molles et récentes. A l'intérieur du canal intestinal, on n'observait aucune saillie des éléments folliculaires dans les deux tiers supérieurs de l'intestin grêle, car dans le tiers inférieur les plaques apparaissaient légèrement saillantes, réticulées, un peu grisâtres, sans ulcération, les follicules isolés à peine volumineux. Une seule plaque, celle qui était le siège de la perforation, était profondément altérée ; son pourtour était entouré d'une substance jaunâtre molle, une sorte d'escarre confondue avec la substance même de la muqueuse ; dans le centre de la plaque, et dans une étendue d'une pièce de 50 c., la tunique musculieuse détruite laissait à nu la séreuse perforée elle-même, comme nous l'avons dit plus haut. La muqueuse de l'intestin grêle était d'un blanc jaunâtre clair, offrant par places de rares capillaires sanguins congestionnés. Les ganglions mésentériques, un peu plus volumineux que dans l'état normal, étaient grisâtres et un peu ramollis. La rate était plus volumineuse que dans l'état normal, un peu ramollie ; les reins et la vessie sains. Cette pièce et l'histoire même du malade sont un nouvel exemple de la légè-

relé apparente, au point de vue anatomique comme symptomatique, de certaines fièvres typhoïdes qui cependant peuvent entraîner la mort par un accident presque toujours fatal, la perforation intestinale.

M. Vidal fait remarquer que la perforation intestinale siège assez haut dans l'intestin grêle.

20. M. Broca présente quelques pièces provenant d'un enfant de douze ans, mort de *coxalgie*.

Chez ce jeune sujet, on remarquait un amaigrissement considérable, des abcès multiples dans la région du bassin, dans la fesse, dans l'obturateur interne; mais il n'en existait dans aucun viscère. Ramollissement des os de tout le membre correspondant à la lésion, comme cela arrive toujours.

L'épiphyse, du côté de la tête du fémur, n'est pas soudée au corps de l'os. Le cartilage sous-épiphysaire subsiste, tandis que la substance osseuse a été presque complètement résorbée.

On a dit que les cartilages épiphysaires arrêtaient l'inflammation. Dans cette pièce, au-dessous de ce cartilage, l'os est ramolli, enflammé, surtout dans un point.

On a noté dans cette affection l'atrophie du membre, l'atrophie en longueur. J'ai mesuré avec soin les deux fémurs, les deux tibias, les pieds. La longueur était la même pour les tibias et les pieds, mais il y avait allongement de 1 centimètre pour le fémur malade.

Il existe une luxation spontanée du fémur. La cavité cotyloïde a ses bords détruits. Le fond est bien remarquable. L'enfant n'est pas encore arrivé à l'âge où les trois pièces qui, par leur réunion, forment la cavité, se soudent entre elles, comme on peut s'en assurer du côté sain. Les trois portions osseuses du côté malade ont leur forme, leurs connexions; le cartilage a disparu entre les branches de l'Y. Le tissu osseux est enflammé, ramolli; il n'y a plus de cartilage.

Dans le fond de l'Y, on trouve un petit séquestre mobile, sur lequel on rencontre encore un petit fragment de cartilage parallèle à la ligne de suture.

M. Serres, dans son *Ostéogénie*, en parlant des points d'ossification primordiaux, a admis un point d'ossification qu'il appelle de *conjugaison*, pour la formation des grandes cavités articulaires. Il a admis dans le cartilage qui est interposé aux trois os

de la cavité cotyloïde un point d'ossification destiné à unir les trois os, qui paraîtront au moment où ces os vont se souder, vers l'âge de treize ans.

Nous trouvons ici un séquestre qui rappelle assez bien ce point d'ossification.

L'enfant, il est vrai, n'a que douze ans à peine ; mais on sait que le voisinage d'une tumeur blanche active le travail d'ossification et fait paraître plus tôt les points d'ossification.

Il n'y a point de pus dans la symphyse sacro-iliaque, mais elle jouit d'une grande mobilité, qui s'explique du reste, quand on songe à la manière dont marchent les coxalgiques.

M. Al. Moreau. Il n'y a pas de déformation du bassin, ce qui ferait penser que la coxalgie n'est pas très ancienne.

21. M. Charrier montre des *tumeurs cancéreuses* nombreuses trouvées dans les circonstances suivantes :

Une femme de vingt et un ans est entrée à la Maternité le 10 janvier 1853, enceinte de sept mois à sept mois et demi. Elle est menacée d'avortement. En effet, cette femme accouche le surlendemain de son arrivée, le 12 janvier.

A son entrée à l'hôpital, on sentait une tumeur très considérable dans le cul-de-sac péritonéal postérieur. Le ventre, très volumineux, très dur, est plus développé que pour une grossesse de sept mois. Avant sa grossesse, cette femme n'a jamais souffert du ventre. La tumeur déborde en haut l'utérus et occupe toute la fosse iliaque gauche. Morte trente jours après l'accouchement avec les symptômes de péritonite chronique.

L'accouchement a présenté ceci de particulier :

- 1° La longueur du travail qui a duré près de quinze heures ;
- 2° La présentation de l'épaule droite du fœtus ;
- 3° La mort du fœtus pendant le travail ;
- 4° La terminaison de l'accouchement par l'évolution spontanée.

A l'autopsie, on trouve du cancer dans presque tous les organes.

Le péritoine est parsemé de petits noyaux cancéreux, jaunâtres, durs, criant sous le scalpel.

Tout l'épiploon est cancéreux, dur, lardacé, épais de 2 à 3 centimètres, et a dû gêner le développement de l'utérus.

Le mésentère présente les mêmes altérations que l'épiploon.

Le foie est parsemé de noyaux cancéreux.

La rate est saine ainsi que les reins.

L'intestin grêle est atteint dans beaucoup de points de son étendue.

La tumeur rétro-utérine occupait tout le bassin. Elle est large de 11 centimètres sur 7 à 8 d'épaisseur d'avant en arrière; elle est formée d'un tissu amorphe jaunâtre, tremblotant, mou (colloïde).

Le diaphragme, la plèvre diaphragmatique viscérale et interlobulaire est atteinte de la diathèse. Le diaphragme est dans toute son étendue changé en tissu dur, blanc, brillant à sa coupe, lardacé, et ne peut remplir aucune de ses fonctions.

Les côtes, les mamelles contiennent aussi du tissu encéphaloïde. Le cœur est sain.

22. M. *Alby* présente à la Société l'*utérus* d'une femme enceinte de trois mois, morte de fièvre typhoïde à l'hôpital Necker.

On voit manifestement sur cette pièce que la caduque tient à la paroi interne de l'utérus, qu'il faut une certaine traction pour la décoller, et qu'elle n'est autre que la muqueuse utérine elle-même. Il ne peut rester pour personne de doute sur la nature de la caduque.

On incise les ovaires; sur l'un d'eux on voit un relief qui marque la place que doit occuper le corps jaune; après que l'incision est pratiquée, on ne trouve pas de corps jaune, on voit seulement à sa place une pulpe rougeâtre contenue dans une coque fibreuse.

Il n'y a rien dans l'autre ovaire.

23. M. *Broca* montre un *liquide extrait d'une tumeur de la bouche* par une incision. Ce liquide est assez singulier; il répand une odeur infecte. On trouve au milieu de lui des grumeaux de consistance caséuse, constitués par une matière jaunâtre. Dans le reste du liquide nagent çà et là quelques autres globules jaunâtres, disséminés. Il est formé par quelques globules de pus, du sang et des cristaux de stéarine.

Traités par les réactifs, ces cristaux se dissolvent dans l'alcool et dans l'éther, mais les acides n'agissent pas sur eux.

Sous le microscope, ils se sont montrés à nous tels qu'ils sont figurés et décrits dans l'atlas de M. Robin.

24. M. *Cruveilhier*. Il est mort dans mon service un malheureux

qui nous a offert un exemple bien remarquable de cette maladie que je désigne sous le nom d'*atrophie musculaire progressive*, ou *paralyse progressive par atrophie musculaire*.

La première fois qu'il me fut donné de voir cette affection, j'étais fort embarrassé. C'était en 1832. Je fus appelé près d'une dame, veuve d'un général, atteinte d'abord d'une paralysie incomplète des membres inférieurs, puis des membres supérieurs. La parole était lente; l'intelligence, la sensibilité intactes. Cette malade s'éteignit lentement, par affaiblissement progressif des muscles respiratoires.

Tous les médecins qui, comme moi, avaient vu la malade, avaient diagnostiqué une maladie de la moelle épinière.

Nous obtenons à grand'peine de pratiquer l'autopsie. Nous ne trouvons rien dans le cerveau ni dans la moelle. Les muscles étaient pâles et petits.

Ce fait me frappa vivement, je l'ai encore présent à la mémoire.

Depuis lors, il m'a été donné de faire plusieurs autopsies, à l'hôpital de la Charité, chez des malheureux atteints de la même affection. En avril 1848, je rencontrai cette maladie chez un jeune enfant de seize ans, mort dans mon service, de variole. Il était paralysé de tout un côté. La moelle épinière était saine, les muscles étaient atrophiés.

Dès lors, ma conviction sur cette altération était faite, et je l'ai décrite depuis 1848 dans mes cours, sous le nom que j'ai indiqué plus haut.

Le fait de l'enfant de seize ans a été publié par M. Aran et par M. Thouvenet, qui a pris pour sujet de thèse inaugurale la lésion qui nous occupe.

J'ai voulu faire précéder de ces quelques mots la présentation que je fais aujourd'hui.

Le malade qui nous a offert cette altération est resté longtemps dans mon service. Nous avons assisté aux différents degrés de la paralysie qui l'a fait succomber. La sensibilité était intacte. Tous les détails seront consignés dans l'observation que remettra à la Société M. Géry, quand sera terminée l'autopsie complète faite minutieusement.

Ce que je puis dire aujourd'hui, c'est que l'encéphale et la moelle étaient intacts, les racines antérieures m'ont paru et

étaient, en effet, aux postérieures : : 1 : 6 à la région cervicale. Cette différence était à peu près la même à la région dorsale, moins marquée à la région lombaire. Quand les nerfs arrivent aux muscles, ils m'ont paru à l'œil nu réduits à leur névrilème.

Voulez-vous avoir une idée du degré de l'atrophie musculaire, voyez ces muscles sus-épineux, sous-épineux, sous-scapulaires, deltoïde, etc. ; ils sont réduits à l'état de membrane mince. Dans certains endroits ils ont encore une coloration légèrement rosée ; dans d'autres ils ont une coloration jaunâtre.

J'ai examiné avec une forte loupe, j'y ai cru voir des globules graisseux, et en les plaçant sur un morceau de papier et les faisant chauffer, ils ont laissé sur le papier des taches de graisse.

Il y a ici deux atrophies bien distinctes : une atrophie par macilence et une atrophie graisseuse ; la première a précédé la seconde.

Il y a donc bien certainement deux sortes de dégénérescence graisseuse des muscles : une dégénérescence graisseuse sans atrophie du muscle, et une autre avec atrophie du muscle et qui est le dernier degré de cette altération.

M. Galliet. Je crois que cet état graisseux du muscle que nous voyons ici est différent de celui que l'on a décrit sous le nom de *dégénérescence graisseuse* ; la graisse ici se présente sous le microscope à l'état granulé.

M. Broca. Je partage complètement l'opinion de M. Cruveilhier sur la dégénérescence graisseuse des muscles. Dans le cas qui nous est présenté, le muscle s'est atrophié, comme il arrive aux muscles dont on a coupé les nerfs. J'ai montré bien souvent à la Société anatomique des exemples de la dégénérescence graisseuse proprement dite ; j'en ai souvent parlé à propos des pieds bots : ces exemples sont consignés dans les *Bulletins* de la Société.

M. Bauchet. J'ai trouvé un jour sur un cadavre une dégénérescence graisseuse complète des deux muscles demi-membraneux qui avaient conservé leur forme et leur volume normal ; aucun autre muscle ne présentait la même altération.

OBSERVATION.

Tumeur fibro-musculaire de l'utérus. — Ramollissement gélatiniforme, de nature inflammatoire. — Par M. Louis Blin, interne à l'Hôtel-Dieu.

La nommée Lucie, âgée de trente-huit ans, blanchisseuse, d'une constitution moyenne, est entrée à l'Hôtel-Dieu le 20 novembre 1852, salle Sainte-Monique, n° 24.

Cette femme raconte qu'elle a été réglée à dix-sept ans, et qu'elle l'a toujours été, sans accidents, depuis cette époque jusqu'au moment de l'apparition de la tumeur. Elle a eu deux enfants. Bien portante habituellement, elle n'a jamais fait d'autre maladie que celle qui l'amène actuellement à l'Hôtel-Dieu. Depuis six ans, avant chaque époque menstruelle, elle voyait apparaître dans la fosse iliaque droite une tumeur, puis survenaient les règles qui duraient huit jours et abondamment; après quoi, il ne restait plus de trace de la tumeur. Depuis deux ans, la tumeur, au lieu de disparaître après l'époque menstruelle, est devenue permanente, mais elle augmentait beaucoup à chaque menstruation, et devenait souvent douloureuse, en sorte que la malade était obligée de s'aliter. Dix jours avant l'entrée à l'Hôtel-Dieu, la tumeur prit un volume considérable, devint dure, très douloureuse, de sorte qu'il était presque impossible de la toucher; l'écoulement menstruel n'eut pas lieu.

État actuel. — La fosse iliaque droite et l'hypogastre sont remplis par une tumeur globuleuse, dure, du volume d'une tête de fœtus, sans changement de couleur, la peau tellement douloureuse que la plus légère pression est insupportable. Cependant elle ne paraît pas être le siège d'une fluctuation. Le toucher vaginal permet difficilement d'atteindre le col utérin qui est porté à gauche; le doigt sent au niveau du détroit supérieur un empatement considérable qui entoure tout l'utérus. Par le toucher rectal, on sent le même empatement. La malade accuse une vive douleur dans tout l'abdomen, qui est tendu. Fièvre intense. Facies profondément altéré; insomnie. Des applications réitérées de sangsues, des cataplasmes, des bains, des lavements, de l'opium, diminuèrent les douleurs sans faire diminuer la tumeur. La malade maigrit, elle ne peut supporter les aliments; elle a des vomissements presque continuels. La mort arrive dans les derniers jours de janvier.

A l'autopsie, on trouve :

1° Des fausses membranes sur les anses intestinales ; une petite quantité de pus dans le péritoine , vers l'hypogastre ; des adhérences nombreuses de plusieurs anses intestinales entre elles, ou avec l'utérus et les annexes.

2° Les organes contenus dans l'excavation pulvienne sont adhérents entre eux et avec les parois de l'excavation, de telle sorte qu'il est difficile de les détacher, après avoir fait la coupe du pubis. Le rectum, la partie postérieure de l'utérus et du vagin , les ligaments larges et leurs ailerons, l'ovaire, la trompe, sont confondus au milieu d'une sorte de gangue formée par des produits inflammatoires, et la dissection en est difficile. Entre le rectum d'une part, la face postérieure de l'utérus et du vagin d'autre part, il existe une collection purulente parfaitement limitée, du volume d'un œuf à peu près. Un autre abcès , à peu près du même volume, siège dans l'épaisseur du ligament large gauche.

3° *Description de la tumeur.* — Derrière et en dessus du pubis, on trouve une tumeur du volume d'une tête de fœtus à peu près , qui occupe la partie moyenne de l'hypogastre et une partie de la fosse iliaque droite. Cette tumeur est régulière, arrondie et semble, au premier abord, formée par l'utérus, dont le volume se serait accru régulièrement. Cependant les ailerons du ligament large ne prennent pas leurs insertions sur les parties latérales de la tumeur, ils sont reportés en arrière ; en sorte que la tumeur paraît être constituée surtout par la paroi antérieure de l'utérus.

En faisant une coupe verticale de la tumeur à la partie supérieure et antérieure , on trouve dans son intérieur un liquide brunâtre très épais , contenant en suspension des flocons gélatineux. Les parois de la tumeur présentent une épaisseur moyenne de 0^m,02, et sont constituées de la manière suivante : Extérieurement se trouve une couche musculaire rosée, épaisse de 0,01, qui paraît formée par le tissu musculaire de la paroi antérieure de l'utérus hypertrophié. En dedans se trouve une couche à peu près de même épaisseur, d'une coloration pâle , grisâtre, n'ayant pas l'aspect fibreux, d'une dureté presque cartilagineuse à la coupe, et qui en plusieurs points peut être séparée de la précédente par une simple *énucléation*. Cette couche , très irrégulière , limite la cavité ou plutôt la portion ramollie de la

tumeur, et présente à sa partie interne des mamelons grisâtres, gélatiniformes, plus ou moins adhérents, ressemblant tout à fait à ces flocons qu'on voit suspendus dans le liquide que contenait la tumeur.

Après avoir ouvert la vessie, nous avons prolongé l'incision faite sur la ligne médiane de la tumeur, jusqu'à sa partie inférieure, jusqu'au col de l'utérus. Nous avons alors constaté que la tumeur ne communiquait pas avec l'intérieur du col; en effet, une sonde cannelée, introduite par le vagin dans le col de l'utérus, ne pénétrait pas dans la cavité de la tumeur, mais elle pénétrait en arrière et à droite. Le col étant incisé dans sa partie antérieure, on pénètre dans la cavité de l'utérus, en suivant la direction de la sonde cannelée par une incision qui intéresse la partie droite de la tumeur. On reconnaît alors : 1° que l'orifice interne du col est dévié à droite; 2° que la cavité de l'utérus est augmentée de capacité, et surtout allongée, et qu'elle est reportée en arrière et à droite, par suite du développement de la tumeur qui intéresse surtout la paroi antérieure et gauche de l'utérus. En un mot, le développement de la tumeur a opéré une latéro-flexion droite.

La paroi postérieure de l'utérus est hypertrophiée; elle a une épaisseur d'environ 0,04. Le col ne participe pas à la dilatation et à l'hypertrophie du corps de l'utérus.

Telles sont les lésions que nous avons à décrire.

Il restait à connaître la composition intime de la tumeur.

La couche la plus externe étant évidemment constituée par le tissu musculaire de l'utérus hypertrophié, on n'avait à s'occuper que de la couche la plus interne, formant une tumeur en partie énucléable développée dans l'épaisseur de la paroi antérieure de l'organe, et de la matière semi-liquide contenue dans son intérieur.

M. Robin, prié par M. Bouchut de faire l'examen microscopique de la pièce, n'a trouvé, et dans la partie liquide gélatiniforme, et dans la portion solide, que des fibres musculaires de Kolliker disséminées au milieu d'une substance amorphe. M. Broca, qui a fait l'examen de la pièce ultérieurement, a trouvé, indépendamment des fibres musculaires de Kolliker, qui étaient longues, renflées en certains points, et contenant des granulations, des fibres fusiformes très courtes, non granuleuses,

qu'il regarde comme une forme de l'élément fibro-plastique.

Réflexions. — La tumeur à laquelle nous avons affaire, développée dans la paroi antérieure de l'utérus, en partie énucléable, est évidemment un de ces corps fibreux de l'utérus si communs, dans lesquels M. Lebert a démontré l'existence de fibres musculaires de Kolliker. Ce qu'elle offre de remarquable, c'est son ramollissement central, et l'existence dans sa portion ramollie des mêmes fibres musculaires qu'on trouve dans sa partie solide périphérique.

Quelle peut être la nature de ce ramollissement? Nous pensons qu'il s'est produit sous l'influence d'un travail inflammatoire. Les traces de péritonite développée surtout dans le voisinage de la tumeur, les collections purulentes trouvées dans le petit bassin, et l'épaisseur du ligament large, indiquent un travail inflammatoire dont le point de départ paraît avoir été dans la tumeur. — D'un autre côté, la tumeur est moins énucléable que ne le sont ordinairement les corps fibreux de l'utérus. Ne pourrait-on pas encore attribuer cette circonstance à l'inflammation de la tumeur? Enfin, M. Broca a trouvé dans la portion ramollie de la tumeur, indépendamment des fibres musculaires, des éléments fibro-plastiques qui pourraient bien être le résultat de l'inflammation et n'avoir pas existé primitivement dans la tumeur. Ces données anatomiques sont d'ailleurs conformes à celles que nous a fournies l'observation clinique. Rappelons-nous, en effet, que dix jours avant l'entrée de la malade à l'Hôtel-Dieu, la tumeur avait pris tout à coup un volume considérable, qu'elle était devenue très douloureuse à la pression, et que c'est à partir de cette époque que se sont développés les accidents inflammatoires qui ont amené la mort.

Discussion.

M. Moreau. Je rappellerai à cette occasion que j'ai déjà présenté une pièce semblable. La femme était pour ainsi dire accouchée de cette tumeur.

M. Broca. J'ai examiné et étudié avec soin la tumeur présentée par M. L. Blin. C'est pour moi une tumeur fibreuse. Depuis que Kolliker a découvert la fibre-cellule, les Allemands admettent difficilement le tissu fibro-plastique dans ce genre

de tumeurs. Ce qu'on appelle tissu fibro-plastique, suivant eux, ce seraient les fibres-cellules normales.

M. Lebert, qui a étudié ces corps fibreux de l'utérus, leur a trouvé la même structure que celle des fibres musculaires de l'utérus.

J'avoue, pour ma part, que je n'ai pas été parfaitement convaincu que, dans cette tumeur, il ne s'agit pas de tissu fibro-plastique. Sur cette pièce, j'ai trouvé partout de larges fibres-cellules qui sont évidemment des fibres musculaires. A côté de ces fibres, qui avaient un aspect particulier, nous avons trouvé de petits corpuscules allongés de tissu fibro-plastique, avec leur petit noyau central.

Dans cette tumeur (il est possible qu'elle ait été altérée et ramollie par l'inflammation), il y a donc des fibres musculaires et aussi du tissu fibro-plastique.

OBSERVATION.

Pyélite chronique. — Communication du foyer purulent avec le côlon et le poumon droit. — Par M. Marcé, interne des hôpitaux.

Quebel (Louis), charpentier, âgé de vingt-sept ans, entre à l'hôpital Saint-Antoine dans les premiers jours de mars 1852.

Cet homme raconte qu'il y a dix-huit mois, faisant de la gymnastique, il tomba sur les pieds, d'un lieu assez élevé. Immédiatement après cette chute, les urines devinrent sanguinolentes, et au bout de peu de jours purulentes. Des ventouses scarifiées en grand nombre furent apposées à la région lombaire, l'hématurie disparut, mais les urines contenaient chaque jour une quantité notable de pus.

Lorsqu'il se présenta à l'hôpital, ce malade était déjà pâle et amaigri ; il y avait de la toux et un peu de fièvre chaque soir ; le dépôt purulent des urines est très variable : tantôt il est assez considérable pour remplir presque la moitié du vase, tantôt il forme à peine un léger nuage, et cette intermittence remarquable dans l'excrétion du pus s'observe d'un jour à l'autre. Le malade affirme en outre que plusieurs fois, pendant les mois qui ont précédé son séjour à l'hôpital, il a rendu par les selles une assez grande quantité de pus. Le fait a été constaté par le médecin qui le soignait ; mais en ce moment, les matières fécales n'en contiennent pas de quantité appréciable.

La région lombaire est douloureuse de chaque côté, surtout à droite ; la matité est peut-être un peu plus étendue en ce point, mais il n'y a ni tumeur ni saillie fluctuante. Le cathétérisme, le toucher rectal, n'indiquent rien d'anormal du côté de la vessie.

En même temps existaient tous les phénomènes stéthoscopiques d'une tuberculisation pulmonaire au premier degré, vers le sommet des deux poumons ; rudesse du bruit respiratoire, prolongement de l'expiration, et en outre diminution notable de la sonorité.

De mars à novembre, le malade est sorti de l'hôpital et y est rentré à trois reprises différentes : pendant tout ce temps, l'affection des reins, l'affection pulmonaire, se sont lentement développées sans offrir d'autres symptômes remarquables que ceux que nous avons déjà signalés.

Enfin, il nous revient une dernière fois le 19 octobre, après un séjour de deux mois chez lui. Il était alors arrivé au dernier degré du marasme ; le membre inférieur gauche est infiltré dans toute son étendue ; l'appétit a disparu, vomissements incessants ; depuis un mois et demi, les symptômes du côté du poumon se sont considérablement aggravés. les hémoptysies sont devenues plus fréquentes, l'oppression est extrême, la fièvre est continue avec vive exacerbation chaque soir.

Du côté de l'appareil urinaire, il n'existe pas d'autre changement qu'une douleur plus vive à la région lombaire du côté droit. La quantité de pus contenue dans les urines est à peu près la même et offre la même intermittence dans son excrétion.

Le malade succombe le 7 novembre, après une longue agonie.

A l'autopsie, faite vingt-quatre heures après la mort, le rein du côté gauche et la vessie furent trouvés parfaitement sains.

Le rein droit offrait des adhérences intimes avec le foie, le gros intestin et la paroi musculaire de la région des lombes. Il fut enlevé avec la portion adhérente des organes voisins ; on constata que son volume était très considérable, et qu'il offrait à l'extérieur sept ou huit saillies arrondies et fluctuantes. Une incision, faite le long de son bord convexe, fit voir que tout l'organe était converti en une poche multiloculaire pleine de pus ; chacune des loges est évidemment formée par l'ampliation des calices dont la membrane interne est épaissie et hérissée de rugosités ; une d'entre elles correspond au bassin, car un stylet introduit par

l'uretère y arrive directement; une autre placée en bas et en avant est remplie de pus, et ne paraît communiquer ni avec les loges voisines ni avec le bassin. Toute la cavité du bassin est remplie par un calcul volumineux qui, traité par l'acide nitrique et l'ammoniaque, a fourni la coloration rouge foncé qui caractérise l'acide urique.

Quant à la substance corticale, elle est refoulée, amincie, et a presque entièrement disparu.

La muqueuse du gros intestin n'est ni rouge, ni ramollie, ni ulcérée; mais au niveau des points où elle offre des adhérences avec le rein, existent trois ou quatre perforations circulaires. Les plus élevées communiquent avec des perforations correspondantes de la substance corticale; le trajet fistuleux était formé par des adhérences que l'autopsie a un peu altérées; la plus inférieure est étroite, sinueuse: un stylet que l'on y introduit arrive directement dans la cavité du bassin.

La partie postérieure et inférieure du lobe droit du foie est unie intimement à l'extrémité supérieure du rein; en comparant les parties restées sur le cadavre avec les parties enlevées, on constate évidemment l'existence d'un trajet fistuleux, formé par du tissu cellulaire dur et lardacé, qui perfore le diaphragme et vient aboutir à la base du poumon gauche; il donne directement dans une caverne creusée dans la base de ce poumon, et dont les parois molles, anfractueuses et mal délimitées, sont formées par du tissu pulmonaire comme gangrené.

Tout autour, le poumon est congestionné, mais ne renferme pas de tubercules; il n'en existe qu'un petit nombre à l'état miliaire au sommet du même côté.

Mais le poumon gauche en renferme un grand nombre à l'état miliaire, à l'état cru et même ramolli; au sommet, on trouve deux ou trois petites cavernes offrant les caractères ordinaires des cavernes tuberculeuses.

1° L'absence de rougeur et d'ulcération dans le gros intestin s'explique par la destruction presque complète de la substance corticale; la sécrétion urinaire était trop peu abondante pour irriter la muqueuse, peut-être même était-elle tout à fait anéantie.

2° Quelle a été l'influence de l'affection du rein sur la marche de la tuberculisation pulmonaire? quelle est la nature de la caverne observée à la base du poumon droit? Nous pensons que la

maladie du rein, en épuisant le malade par une longue suppuration, a agi comme cause prédisposante à la tuberculisation. Nous pensons aussi que la caverne observée à la base du poumon droit s'est formée sous l'influence d'une phlegmasie gangréneuse, développée par le contact du pus du trajet fistuleux, et non à la suite d'un ramollissement tuberculeux.

3° S'il n'y avait eu aucune complication du côté des voies respiratoires, il ne nous paraît pas impossible que dans le cas dont il s'agit, le pus étant éliminé chaque jour et par l'intestin et par la vessie, la cicatrisation ait fini par s'effectuer.

Extrait du rapport de M. Boullay sur l'observation précédente.

M. Marcé considère l'absence d'altération de la muqueuse intestinale comme étant due à la sécrétion peu abondante de l'urine, puisque la substance rénale avait complètement disparu. Cette explication ne me paraît pas complètement satisfaisante; car, suivant moi, la présence du pus dans l'intestin aurait dû être suffisante pour altérer la muqueuse. M. Marcé rattache avec raison la cause de la rapidité de la marche de la phthisie à l'affection du rein, qui était pour le malade une cause débilitante puissante; je ne sais pas s'il est aussi complètement dans le vrai quand il pense que l'excavation pulmonaire, qui était en communication avec le rein, n'est pas due à un ramollissement tuberculeux, mais bien à une inflammation gangréneuse du parenchyme pulmonaire, due à la présence du pus avec lequel il se trouvait en contact. On peut se demander si l'altération rénale n'aurait pas eu pour point de départ la présence de tubercules dans le rein; l'état de la membrane qui tapissait la poche rénale pourrait faire poser cette question; mais cependant, en l'examinant avec soin, il nous a semblé qu'elle ne présentait rien qu'on ne rencontre dans les membranes tapissant une cavité purulente qui existe depuis un temps fort long. Ce cas nous paraît être un de ceux dans lesquels la maladie aurait pu parfaitement guérir, le rein se transformant en une espèce de coque fibreuse, qui même aurait pu enchatonner le calcul sans déterminer aucun accident; mais la complication pulmonaire rendait impossible la guérison.

OBSERVATION.

Nécrose de l'extrémité inférieure du fémur. — Séquestres invaginés. — Désarticulation de la cuisse. — Mort. — Par M. Marcé, interne des hôpitaux.

Poultier (Anatole), journalier, âgé de dix-sept ans, entre à l'hôpital Saint-Antoine le 7 juin 1852.

Ce jeune homme raconte qu'il y a dix-huit mois il fit, du haut d'une échelle, une chute dans laquelle il se fractura le bras droit, mais il n'y eut aucune autre lésion appréciable.

Dans les premiers jours d'avril, il y a un peu plus de deux mois, il commença à ressentir une assez vive douleur au genou gauche. Un médecin, appelé peu de temps après, pratiqua une incision qui donna issue à du pus et à quelques fragments osseux. A partir de cette époque, aucun traitement actif ne fut employé.

Le membre malade fut examiné avec soin quelques jours après l'entrée à l'hôpital Saint-Antoine (7 juin 1852). On constate à travers les parties molles que la moitié inférieure du fémur a pris un développement considérable; la tuméfaction, qui est surtout considérable au niveau et au-dessus des condyles, diminue graduellement à mesure que l'on approche de la partie supérieure, laquelle paraît tout à fait saine; la pression y est peu douloureuse. A la partie inférieure et interne de la cuisse existe un trajet fistuleux que le stylet parcourt facilement sans pouvoir arriver au contact d'une surface osseuse; la suppuration y est très peu abondante.

L'articulation du genou paraît saine, la flexion et l'extension sont pénibles; mais ces mouvements deviennent douloureux dès qu'ils ont une certaine étendue.

Le malade est pâle et amaigri; il ne porte aucune trace d'affections scrofuleuses anciennes, les fonctions digestives se font assez bien, pas de fièvre le soir.

On diagnostiqua un séquestre invaginé de la partie inférieure du fémur. Le malade fut mis à un régime tonique avec l'iode de fer, l'huile de foie de morue et une bonne alimentation.

L'état du malade resta tout à fait stationnaire pendant les mois qui suivirent (juin et juillet); le trajet fistuleux ne laissait couler qu'une petite quantité de pus, aucune réaction inflammatoire autour de la partie malade, les fonctions digestives se soutiennent.

DE LA SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Le 10 août, comme les mouvements de l'articulation du genou sont très peu étendus et très pénibles, on soumet le malade à des inhalations de chloroforme, et l'on fait exécuter à la jambe des mouvements assez étendus. L'articulation se tuméfia les jours suivants et devint douloureuse.

Vers le 25 août, toute la jambe fut envahie par un érysipèle qui suivit une marche assez irrégulière; il disparut au bout de cinq ou six jours. La rotule était alors soulevée par une assez grande quantité de liquide; toute la partie inférieure de la cuisse était tuméfiée et douloureuse; fièvre continue avec exacerbation le soir. L'état du malade était très grave.

Le 2 septembre, une incision faite au côté externe de la cuisse pénètre dans un vaste foyer purulent. L'évacuation du pus n'apporte aucun soulagement à l'état du malade.

Le 3, une incision nouvelle est pratiquée à la partie interne. L'état du malade s'aggrave considérablement : vomissements incessants, altération profonde des traits, diarrhée, fièvre intense et continue.

Le 6, on constate l'existence de fusées purulentes énormes, qui remontent jusqu'au quart supérieur de la cuisse, et paraissent envelopper tout le fémur.

Il ne restait plus au malade qu'une chance de salut, l'amputation. Le désordre des parties molles, l'incertitude du point précis où s'arrête l'altération de l'os font préférer au chirurgien l'amputation dans l'articulation coxo-fémorale (7 septembre).

Nous croyons devoir passer sous silence les détails de l'opération, qui n'offrit, du reste, rien d'extraordinaire; elle ne laissa survivre le malade que trente-six heures.

Voici ce que nous avons pu constater en examinant le membre amputé :

Un abcès énorme comprenant les trois quarts inférieurs de la cuisse entoure le fémur. En haut, la face antérieure de l'os est seule au milieu du foyer; en bas, l'os est tout à fait isolé des parties molles; là les parois du foyer purulent sont tapissées par une membrane tomenteuse assez épaisse.

L'articulation du genou est pleine de pus, les cartilages ont perdu leur brillant et leur élasticité, les ligaments croisés sont noirâtres et comme macérés. Quoique le pus soulève la rotule, il est remarquable que l'abcès de la cuisse ne communique pas en

ce point avec l'épanchement intra-articulaire ; entre les deux il existe une barrière de tissus indurés de 2 centimètres d'épaisseur. Ce n'est qu'à travers trois ou quatre perforations du ligament postérieur que la communication s'est établie.

Le fémur, séparé de toutes les parties molles environnantes, est recouvert d'un périoste très épais dans toute sa moitié inférieure, sauf en un point situé tout à fait à la partie postérieure : là se trouve une plaque osseuse nécrosée.

Après une macération prolongée, voici ce que l'on a pu observer :

Toute la moitié inférieure du fémur a beaucoup augmenté de volume ; à sa surface se voit une couche osseuse nouvelle offrant de nombreux canalicules, des sillons assez profonds qui logeaient des prolongements vasculaires ; à sa partie postérieure et un peu interne, au fond d'une dépression, apparaît une plaque osseuse nécrosée séparée par un sillon des parties voisines et de forme irrégulière.

L'os présente, en outre, quatre grands trous : un à la partie antérieure, deux voisins l'un de l'autre sur le côté externe, un quatrième plus considérable à la face postérieure ; au fond de chacun de ces trous se voit distinctement une esquille amincie et dentelée plus ou moins complètement engagée dans l'orifice. Les bords de ces trous sont lisses, parfaitement arrondis, et distincts d'un autre trou placé à la partie inférieure de l'os, dont les parois fragiles et irrégulières offrent plutôt les caractères de la carie.

Il est remarquable que toute l'apophyse inférieure, séparée encore de l'os par une lame cartilagineuse de 1 à 2 millimètres d'épaisseur, offre à peine quelques traces d'altération à l'extérieur ; de plus, une section longitudinale faite avec la scie fait constater que les altérations si nombreuses de l'intérieur de l'os s'arrêtent presque brusquement à ce cartilage, qui a servi, pour ainsi dire, de barrière à l'inflammation.

La même section longitudinale, prolongée dans toute la hauteur de l'os, permet de constater de dedans en dehors :

1° Trois séquestres distincts, minces, dentelés, dont un plus considérable, a une face interne concave, une face externe convexe, et semble former avec les deux autres les restes d'un cylindre osseux bien incomplet, comprenant les couches les plus

internes de la diaphyse ; l'extrémité de ces séquestres s'engage dans les trous que nous avons déjà signalés à l'extérieur.

2° Derrière ces séquestres, les couches les plus internes de la diaphyse offrent des traces de raréfaction inflammatoire ; elles étaient tapissées par une membrane assez épaisse.

3° Plus en dehors se voit une couche osseuse parfaitement saine, et offrant les mêmes conditions de couleur, d'aspect et de consistance que la moitié supérieure de l'os avec laquelle elle se continue.

4° Enfin tout à fait en dehors se voit une couche osseuse nouvelle, à laquelle paraît due presque exclusivement l'augmentation du volume de l'os. Cette couche, qui offre en certains points plus d'un demi-centimètre d'épaisseur, se distingue de la couche sous-jacente par sa texture plus spongieuse et par la présence dans son épaisseur même de ces canalicules que l'on remarquait à sa surface externe ; elle ne manque qu'en un seul point, là où existait cette nécrose superficielle dont nous avons parlé.

OBSERVATION.

Rupture de l'utérus pendant le travail. — Version de l'enfant. — Mort le lendemain de l'accouchement. — Par M. Taurin, élève des hôpitaux. J

La nommée Deloire, âgée de trente-sept ans, domestique, vient à l'hôpital de la Clinique accoucher pour la troisième fois. Cette femme est d'une taille moyenne, ses jambes sont un peu déformées par le rachitisme, elle est d'une constitution médiocre. Cependant bonne santé habituelle.

Réglée à l'âge de dix-huit ans pour la première fois, régulièrement tous les mois pendant quatre à cinq jours chaque fois.

En 1846 ou en 1847, cette femme accoucha, pour la première fois, chez elle spontanément, à huit mois environ, d'un enfant faible qui vécut quelques jours seulement. Le travail dura longtemps, mais il se termina bien pour la mère et pour l'enfant. Les règles reparurent six semaines après avec leur régularité habituelle.

Le deuxième accouchement fut spontané comme le premier, mais à neuf mois révolus la malade accoucha à la Clinique. Cet accouchement donna pour résultat une fille vivante pesant 3 kilogrammes.

La mère sort de l'hôpital bien rétablie le 4 août suivant.

Depuis ce dernier accouchement la santé de la malade est excellente; ses règles se montrèrent avec régularité jusqu'au moment où elle devint enceinte pour la troisième fois.

Dernière apparition des règles le 16 octobre 1851.

Pendant les trois premiers mois de grossesse, nausées, vomissements glaireux le matin en se levant surtout; les vomissements cessent au troisième mois; mais les nausées persistent jusqu'au sixième mois avec moins d'opiniâtreté. Du 14 au 15 juin dernier, sans avoir fait de chute, sans cause appréciable, cette femme commença à souffrir dans l'abdomen: ces douleurs, d'abord légères, forcent cependant la malade à garder le repos absolu; l'appétit était conservé; il n'y avait pas de fièvre. Le 19 juin, les douleurs deviennent plus violentes, plus régulières, et déterminent la malade à venir à l'hôpital le même jour, 19 juin 1852, à neuf heures du matin.

La sage-femme en chef touche cette malade, et reconnaît au toucher que le col est presque effacé; elle constate une dilatation d'un diamètre environ d'une pièce de un franc; il y a des douleurs utérines intermittentes et assez régulières; les contractions sont modérées, régulières et assez fréquentes; la santé générale de la malade ne paraît point inquiétante; cet état dure pendant toute la journée, et le travail n'avance pas. Le soir, la dilatation est comue une pièce de 5 francs. Le 20 juin, à une heure du matin, la dilatation est complète; les membranes sont rompues par la sage-femme. A quatre heures du matin, immédiatement après l'écoulement d'eau qui suivit cette rupture, les contractions utérines, toujours régulières, deviennent plus intenses, plus fréquentes, plus rapprochées, et le travail n'avance pas. A cinq heures du matin, écoulement en nappe par la vulve d'un sang liquide et noir; la malade éprouve des douleurs vives et continues dans la cavité abdominale; les contractions utérines diminuent peu à peu, puis cessent complètement.

Le toucher fait toujours reconnaître une présentation du sommet, mais la tête est restée très élevée; la facilité avec laquelle on rencontre l'angle sacro-vertébral permet de soupçonner un vice de conformation du bassin.

L'état général de la malade, qui n'avait point beaucoup souffert jusque-là, commence à s'altérer; l'inertie complète de l'uté-

rus persiste; la douleur de ventre est très vive et continue; l'écoulement sanguin par la vulve continue; la malade s'affaiblit, ses forces s'épuisent; la face est pâle, jaune, altérée; point de syncopes; prostration extrême; l'état de cette femme devient inquiétant. M. Dubois arrive à neuf heures et demie du matin le 20 juin. En arrivant, M. Dubois trouve le col rétracté; l'orifice est revenu sur lui-même, mais cependant il est facilement dilatable; le sommet est resté au-dessus du détroit supérieur rétréci; la tête ne s'engage pas. M. Dubois, s'appuyant sur ce que cette femme était accouchée déjà deux fois spontanément d'enfants de 3 kilogrammes, se disposa à faire une application de forceps; mais ayant touché la malade de nouveau, il y renonça à cause du rétrécissement du bassin; il préféra faire la version comme moyen plus prompt pour débarrasser la femme.

Pour pratiquer cette opération, M. Dubois introduit d'abord la main droite avec assez de facilité et sans résistance aucune; il croit arriver dans une vaste poche inerte à parois mal limitées et sans contraction aucune, dans laquelle il ne reconnaît point les parties que la main rencontre. Tandis que cette main est introduite dans les parties maternelles, il s'écoule une quantité considérable de sang comme par flots; la malade éprouve des douleurs abdominales atroces; en même temps, la main droite est retirée, et la gauche est immédiatement introduite avec la même facilité: elle arrive aussi comme l'autre dans le même sac à parois non contractiles. Après quelques instants, à l'aide de cette main, M. Dubois rencontre le fœtus renversé à gauche et en arrière; il peut saisir un pied et le ramener à l'extérieur. Pendant cette opération, la malade éprouva des douleurs extrêmes et vives; elle perdit une quantité de sang considérable. Cette femme avait épuisé toutes ses forces: le visage pâle, jaunâtre, profondément altéré, la sueur froide qui couvrit tout le corps, l'état particulier de cette malade, firent croire à M. Dubois qu'elle avait une rupture de l'utérus. L'accouchement fut terminé de la manière suivante:

Un des pieds ayant été ramené à la vulve, quelques tractions permirent la sortie assez facile des membres inférieurs, du tronc et des épaules; mais il n'en est pas de même de la tête, qui reste accrochée au-dessus du détroit supérieur du bassin; de fortes tractions exercées sur les épaules de l'enfant ne parviennent point à la faire franchir le détroit. C'est pendant ces

tractions énergiques et prolongées que l'enfant succombe. Une serviette appliquée sur les épaules du fœtus permet d'employer plus de force pour faire engager la tête. Cependant, quelques instants après, l'engagement a lieu, puis ensuite l'extraction d'un fœtus mort pendant ce dernier temps du travail. L'accouchement est terminé à dix heures et demie du matin, le 20 juin 1852.

L'enfant est un garçon de huit mois environ, pesant 2,600 grammes, long de 48 centimètres, et dont la tête offre les longueurs suivantes dans ses diamètres :

Occipito-frontal	30 1/2
Occipito-mentonnier	31
Bipariétal	9 1/2
Sous-occipito-xygomatique	10 1/2

Replacée dans les salles, dans le lit n° 16, la malade est prise de hoquets fréquents et incommodes, de vomissements de matières verdâtres; le facies est très profondément altéré; tendance aux lipothymies et à la syncope; la respiration est très embarrassée, suspicieuse; le pouls est petit, fréquent, irrégulier, 130 pulsations; la douleur abdominale est atroce; elle s'exaspère encore sous la moindre pression; le ventre est tendu, ballonné, météorisé; point de déformation extérieure appréciable; l'écoulement de sang est médiocre.

Pendant toute la journée même état; les vomissements continuent avec opiniâtreté pendant toute la nuit, avec aggravation des autres accidents. Mort le 21 juin 1852, à dix heures du matin.

Autopsie trente-deux heures après la mort. A l'extérieur, ventre volumineux ballonné; la partie supérieure de la face interne des deux cuisses est fortement congestionnée, ecchymosée par le sang infiltré dans le tissu cellulaire sous-cutané et inter-musculaire.

Dans la cavité abdominale, péritonite générale, épanchement de sang dans toute la cavité, et particulièrement dans l'excavation du bassin, où il existe des foyers sanguins dans le tissu cellulaire et entre les organes. On remarque de plus sur différents points, et principalement vers la partie supérieure, des flocons blancs de matière grasse analogues à ces flocons que l'on rencontre dans le liquide amniotique et sur le corps du fœtus. Ces

flocons sont assez nombreux : on en a trouvé deux qui avaient le volume d'un œuf de pigeon, d'autres ont été trouvés écrasés sur le côlon.

L'utérus est fortement rétracté sur lui-même, plus qu'il ne l'est habituellement si peu de temps après l'accouchement. Examiné à l'extérieur, le tissu du corps de cet organe ne paraît point altéré, sa face postérieure est intacte dans toute son étendue, son fond ne présente aucune altération ; il n'en est pas de même de sa face antérieure.

Sur la face antérieure du vagin on remarque une vaste déchirure longitudinale, déchirure qui occupe les deux tiers supérieurs de sa face antérieure, puis qui remonte un peu obliquement à gauche vers la partie gauche du col de l'utérus, au niveau de la commissure gauche du museau de tanche ; là cette déchirure se partage en deux : l'une qui continue celle du vagin, en remontant sur la partie antérieure et latérale gauche du col de l'utérus, qu'elle occupe dans toute sa longueur et dans toute son épaisseur, puis remonte encore jusque sur la partie inférieure du corps de cet organe en soulevant le péritoine, qui est resté intact, au niveau du corps de l'utérus. Cette déchirure ne comprend que les couches superficielles de l'organe. L'autre déchirure coupe la première à peu près à angle droit, pour se diriger de gauche à droite en passant sur la face antérieure du col utérin, un peu au-dessus de l'insertion du vagin sur le col, à peu près au niveau de la réflexion du cul-de-sac antérieur du péritoine. Cette déchirure comprend toute l'épaisseur de la paroi utérine antérieure. Les bords de cette solution sont épais, déchiquetés, violacés ; ils paraissent avoir subi une sorte de ramollissement gélatineux ou putrilagineux ; toute la moitié postérieure du col est pareillement ramollie ; les débris du museau de tanche sont noirâtres, presque réduits en bouillie ; on remarque çà et là des épanchements sanguins, particulièrement au-dessous de la portion de péritoine soulevée par la déchirure de la portion inférieure du corps de l'utérus.

Tout ce désordre se réduit à une large ouverture irrégulière, comprenant une partie de la face antérieure du vagin, toute la longueur de la face antérieure du col, puis une portion de la partie gauche du corps de l'utérus. Cette ouverture est plus longue que large ; elle peut aisément livrer passage à un fœtus.

La vessie et le rectum n'ont éprouvé aucune altération ; le tissu cellulaire du bassin est infiltré de sang.

Aucune lésion n'existe dans les autres organes abdominaux, excepté une arborisation très considérable à leur surface extérieure, résultat de la péritonite générale déterminée par le sang épanché.

Aucune altération dans les organes thoraciques et dans les organes encéphaliques.

Les lésions anatomiques des parties molles étant exposées, examinons l'état du bassin.

Le détroit supérieur du bassin est complètement déformé ; sa forme se rapproche assez de celle d'un triangle dont la base est en arrière et représentée par la base du sacrum et une portion des deux os iliaques ; le sommet est représenté par la symphyse pubienne. La base de ce triangle, formée en partie par l'angle sacro-vertébral, est très saillante en avant. Vers le centre du détroit supérieur du bassin, les deux côtés latéraux de ce triangle sont inégaux en longueur ; ils sont formés par le corps du pubis d'une part et par une portion de la ligne courbe de l'os iliaque. Le côté gauche est un peu plus court que l'autre ; ce côté gauche du détroit supérieur présente une saillie très prononcée au niveau de l'éminence iléo-pectinée, ou plutôt c'est cette éminence qui forme une crête très saillante en haut et vers l'excavation, et sur laquelle devait s'arrêter la tête avant l'opération de la version, car la tête se présentait par le sommet en position occipito-cotyloïdienne gauche antérieure.

L'angle antérieur du triangle ou pubien est obtus ; il est formé par la symphyse qui est plus haute que dans l'état normal. Cette symphyse est un peu rentrante en dedans de l'excavation ; sa face postérieure présente une crête verticale, saillante dans le détroit ; cette éminence est rugueuse et répond immédiatement au point de l'insertion du vagin au col de l'utérus.

Les diamètres du bassin offrent les longueurs suivantes :

Diamètre antéro-postérieur ou sacro-pubien.	7 centim.
Diamètre transverse d'un angle latéral à l'autre. . .	12 —
Diamètre oblique de la symphyse sacro-iliaque droite au pubis gauche, au niveau de la crête de l'éminence iléo-pectinée	9 — $\frac{1}{2}$
Diamètre oblique opposé.	10 — $\frac{1}{2}$

L'excavation du grand bassin ne paraît point déformée en la mesurant, d'une épine iliaque antéro-supérieure d'un côté à celle du côté opposé.

Cette observation me paraît donner lieu aux réflexions suivantes

A quel moment s'est produite la déchirure ?

Ce moment est difficile à préciser : la malade n'a point éprouvé les phénomènes caractéristiques qu'éprouvent ordinairement les femmes en couches chez lesquelles s'opère une rupture de l'utérus. Cette femme n'a point ressenti de craquement interne ; elle n'a point éprouvé ce sentiment particulier de déchirure interne ; elle n'a point eu de syncope, ni aucun phénomène nerveux ; mais elle a eu des hémorrhagies abondantes en nappe, avant que la version fût opérée ; elle a ressenti une douleur vive, continue dans le ventre, coïncidant avec une inertie utérine complète et une altération profonde de l'organisme.

M. Dubois pense que la rupture s'est opérée d'une manière lente, insensible, sourde. Il exclut l'idée de toute violence extérieure ; rien n'a été tenté au dehors de l'hôpital, car le col n'était point dilaté ; les contractions utérines ont continué avec régularité jusqu'au moment de la dilatation complète du col, puis elles ont cessé tout à coup : la rupture se serait donc produite au moment de la dilatation complète ?

Deux causes très différentes peuvent avoir concouru à produire cette lésion. En premier lieu, une prédisposition des tissus, rendus plus friables par le travail prolongé, a pu préparer cette rupture, qu'ont dû faciliter les violentes contractions utérines qui se sont manifestées pour vaincre l'obstacle du détroit supérieur.

En second lieu, le vice de conformation du bassin. L'angle sacro-vertébral, très saillant vers l'excavation, devait repousser fortement la tête en avant au-dessus des pubis, par conséquent sur l'éminence iléo-pectinée, très saillante et tranchante même, puis sur la crête rentrante et rugueuse de la symphyse pubienne ; mais en repoussant la tête contenue dans l'utérus, c'étaient les parois utérines et vaginales elles-mêmes qui, à chaque contraction utérine, devaient venir reposer, frotter, se comprimer sur ces saillies osseuses. Ne pourrait-il pas se faire que pendant les contractions utérines régulières, les parois du col de l'utérus et

du vagin se soient contusionnées, éraillées contre ces crêtes rugueuses?

Il est difficile de préciser d'une manière absolue par quel point a débuté la déchirure; mais très probablement elle aura commencé au niveau de l'insertion vaginale sur le col utérin, point qui a dû être le plus souvent en contact avec les saillies osseuses.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

XXVIII^e ANNÉE.

Bulletin N^o 3. — Mars 1853.

RÉDIGÉ

PAR M. FOUCHER, SECRÉTAIRE.

SOMMAIRE.

Extrait des procès-verbaux des séances de la Société.

1. Parotidite suppurée. — 2. Rétrécissement de l'orifice aortique. — 3. Épanchement pleurétique. — 4. Ulcération de l'intestin. — 5. Cancer de la vésicule biliaire. — 6. Kystes hydatiques du foie et des organes du bassin. — 7. Perforation du poumon. — 8. Tumeurs fibro-plastiques du pied. — 9. Absès multiples dans la fièvre typhoïde. — 10. Tumeur colloïde du corps pituitaire. — 11. Hémorrhagie de la rate dans la fièvre typhoïde. — 12. Phlegmon du bassin. — 13. Caillots dans le cœur. — 14. Altération du bulbe rachidien dans l'intoxication saturnine. — 15. Dilatation des bronches. — 16. Ulcération du larynx. — 17. Cancer de l'estomac. — 18. Cysticerques du cerveau et des muscles. — 19. Enchondrome du maxillaire supérieur.

Observations. — Tumeur de la prostate. — Néphrite purulente. — Mort; par M. Isambert.

PRÉSIDENT DE M. CRUVEILHIER.

1. M. Ar. Moreau montre la *parotide* d'un homme mort il y a deux jours. Cette parotide est remplie de foyers purulents. C'est là une lésion assez rare et un symptôme grave dans les fièvres.

M. Barth a fait, il y a huit jours, à l'hôpital Beaujon, l'autopsie d'un individu mort de *fièvre typhoïde*, chez lequel les deux *parotides* étaient *successivement* devenues malades. On a vu du pus dans les canaux.

M. Barth présente plusieurs pièces :

2. Un rétrécissement de l'orifice aortique chez une femme de cinquante ans, qui entra à l'hôpital Beaujon avec tous les signes d'une affection organique du cœur, anxiété, oppression, palpitations, bruit de souffle double, ayant son maximum à la base, œdème des membres inférieurs et sérosité dans le péritoine. Le diagnostic fut : rétrécissement de l'orifice aortique et insuffisance des valvules. Les accidents augmentèrent, des crachats ensanglantés survinrent et une apoplexie pulmonaire vint compliquer la maladie. On trouva, en effet, dans le poumon, des masses sanglantes ; les plèvres contenaient de la sérosité en assez notable quantité.

Le cœur est sensiblement hypertrophié. L'orifice de l'aorte, très rétréci, est triangulaire, admettant seulement une sonde de femme ; les valvules et l'aorte sont crétacées. C'est un rétrécissement extrême. Le cœur droit est sain, les valvules sont libres.

M. Barth présente une seconde pièce :

3. Un poumon recouvert de fausses membranes, rencontré chez une malade de vingt-sept à vingt-huit ans, entrée à l'hôpital avec un épanchement pleurétique gauche. Il y a un an, cet épanchement était considérable, la matité se prolongeait jusqu'au bord droit du sternum. Le cœur battait à droite, l'estomac était aussi refoulé, l'oppression n'étant pas très considérable. Après avoir essayé les moyens ordinaires, on pratiqua la thoracentèse au mois de juin : on retira 5 litres de sérosité. Il n'y eut pas d'accidents ; mais, plus tard, le liquide s'étant reproduit, on fit une nouvelle ponction au mois d'août, et l'on retira encore 2 litres de sérosité. Enfin une troisième ponction faite en octobre donna issue à 1 litre 1/2 de sérosité. Dix jours après cette dernière ponction, la malade fut prise de fièvre continue avec redoublement, sans signe de lésions inflammatoires appréciables. Une ponction faite en janvier n'en fournit pas moins 2 litres 1/2 de liquide purulent et fétide ; la malade fut soulagée ; on fit des injections chlorurées. Cependant le liquide se reforma, une tumeur vint faire saillie à l'extérieur et une cinquième ponction fit sourdre un liquide purulent. On laissa une sonde à demeure ; la fièvre hectique survint ; la malade mourut.

Le poumon est très petit, fixé au sommet par une adhérence. Nous avons essayé d'insuffler ce poumon, nous avons rencontré

une résistance considérable, et le poumon est resté inextensible. Le poumon est entouré d'une couche pseudo-membraneuse assez épaisse et résistante. A sa face externe, on remarque une petite ouverture qui conduit dans une petite cavité interlobulaire sans communication avec les bronches.

Le diaphragme du côté gauche est tendu, résistant, un peu abaissé.

M. *Barth* montre à la Société :

4. Les pièces provenant d'un malade de vingt-trois ans, qui, atteint de *fièvre typhoïde adynamique*, offrait une *sécheresse extrême de la gorge*, un *aplatissement considérable du ventre*, de l'*amaigrissement*, de la *toux*, et mourut.

On trouve le poumon droit adhérent dans toute son étendue, le bord postérieur de ce poumon offre une suppuration manifeste, c'est de la splénisation suppurée. L'auscultation n'avait pu être faite.

Les plaques de Peyer sont peu développées, les follicules isolés peu prononcés ; il existe en quelques points une très petite ulcération superficielle. Ces lésions se rencontrent dans la variole à ce degré. Ce fait exceptionnel montre que les lésions les plus communes de la fièvre typhoïde peuvent faire défaut.

M. *Vidal*. Chez un malade qui offrait un râle sibilant à la base de la poitrine, avec crachats jus de pruneaux, on trouva dans le poumon une suppuration analogue avec un point gangrené que rien n'avait indiqué.

5. M. *Icery* montre à la Société *trois pièces pathologiques* provenant d'une femme qui a succombé à la Charité, dans le service de M. Andral, à la suite d'un *cancer de la vésicule biliaire*. Cette femme, nommée Marie Onbillon, était âgée de quatre-vingt-un ans. Lors de son entrée à l'hôpital, le 24 février dernier, elle se trouvait dans un état très marqué de faiblesse et de dépérissement, et comme d'ailleurs elle était atteinte de surdité, il ne nous fut guère possible, malgré le soin que nous y avons mis, d'arriver à une connaissance bien précise des différentes phases de sa maladie. Nous avons toutefois recueilli à cet égard quelques renseignements que nous allons rapporter brièvement avant de faire connaître les symptômes qui ont été directement constatés au lit de la malade et les lésions qui se sont offertes à l'autopsie.

Il y a environ une quinzaine de mois, cette femme ressentit diverses incommodités d'un caractère vague et indéterminé, comme des démangeaisons sur tout le corps, des douleurs passagères, des lassitudes spontanées, des frissons dans les membres. Quelque temps après la manifestation de ces premiers symptômes, elle éprouva dans l'hypochondre droit une sensation de gêne, de pesanteur qui s'exagérait par la marche et les moindres efforts, et de vives douleurs qui survenaient tout à coup à des intervalles éloignés pour disparaître ensuite entièrement. L'embonpoint diminuait insensiblement, les digestions étaient longues et pénibles.

Plus tard il y eut de l'anorexie, du dégoût pour les aliments, un malaise général, des vomissements pituiteux, de légères coliques.

Dans le dernier mois, le mal fit de rapides progrès : il se manifesta de continuelles envies de vomir, aucun aliment solide ne put être gardé, les jambes enflèrent, toute la surface de la peau prit une teinte d'un jaune foncé, et l'amaigrissement ainsi que la prostration des forces devinrent considérables.

Voici maintenant les symptômes qui furent constatés lorsque la malade se présenta à la Charité : Coloration jaune des sclérotiques et de la peau ; œdème des membres inférieurs ; maigreur et affaiblissement des plus prononcés ; à l'hypochondre droit et à l'épigastre, sensibilité anormale exaspérée par la palpation et la percussion ; trouble des fonctions digestives, anorexie, vomissements, flatuosités, constipation opiniâtre ; tumeurs s'étendant depuis la sixième côte jusqu'à la crête de l'os iliaque, mais ne présentant aucune saillie, aucunes bosselures creusées en godet ; pas de matité des parois abdominales qui sont plutôt affaissées que distendues ; pas de signes d'ascite appréciables. À l'aide des moyens ordinaires ; résonnance pectorale affaiblie en plusieurs points et surtout à la région postérieure ; altération manifeste de la respiration dans toute l'étendue des poumons ; murmure vésiculaire amoindri, et en grande partie remplacé par des râles sous-crépitaux nombreux et un léger souffle à droite ; à la région précordiale, matité très notable ; souffle au sommet du cœur accompagnant le premier bruit, dédoublement du second temps et prolongation du bruit de soufflet le long du trajet de l'aorte ; appareil fébrile assez marqué ; toux sèche, fréquente ;

légère dyspnée; vague sentiment de gêne et de douleurs derrière le sternum.

Après plusieurs jours pendant lesquels quelques uns de ces symptômes se sont sensiblement accrus, la malade a succombé dans le dernier degré de marasme.

A l'autopsie, on a trouvé une assez grande quantité de liquide sanguinolent dans la plèvre et le péritoine. Le tube digestif, la rate, le pancréas, etc., n'offraient aucune altération appréciable. Le cœur était considérablement dilaté, les parois de l'organe ne présentaient pas d'épaississement anormal, mais l'orifice auriculo-ventriculaire gauche se trouvait rétréci, et les valvules de cette ouverture un peu augmentées de volume. L'aorte, à son origine, était très dilatée. Les deux poumons étaient le siège d'altérations de nature différente : hépatisation rouge; granulations tuberculeuses à l'état de crudité dans la plus grande étendue, à l'état de ramollissement dans quelques points seulement; corpuscules isolés, disséminés çà et là dans le tissu pulmonaire sous forme de gouttelettes légèrement jaunâtres, parfaitement distinctes des granulations tuberculeuses, et offrant les caractères d'un cancer encéphaloïde. Dans le foie, trois lésions dont l'une était due à la dégénérescence cancéreuse et les deux autres à l'obstacle apporté au cours de la bile par une tumeur qui surmontait l'épiploon gastro-hépatique. Cette tumeur, de nature encéphaloïde, s'était développée sur les parois du canal cystique, à l'endroit où ce canal se réunit au conduit hépatique, et présentait la forme et le volume d'une noisette.

1° La glande elle-même n'était pas plus volumineuse qu'à l'état ordinaire, son tissu n'était pas altéré, et la surface, libre d'adhérences, était parfaitement égale et lisse dans toute son étendue; mais son aspect avait changé : elle était d'une couleur brun-verdâtre qui indiquait l'infiltration de la bile dans son parenchyme.

2° Le canal hépatique et ses divisions considérablement dilatés et remplis de bile.

3° La vésicule et son conduit étaient profondément altérés; les parois de la vésicule, épaissies, d'un aspect fibreux, avaient été envahies par un produit hétérologue de nature évidemment encéphaloïde. Elles renfermaient un liquide noirâtre, fétide et un fungus conique dont le sommet adhérait au fond de la vésicule

et le corps flottait librement au milieu du liquide dont nous venons de parler. La surface interne de la vésicule était seulement ramollie dans la partie qui donnait attache au fongus ; là elle était noirâtre et ulcérée, tandis que partout ailleurs elle avait l'apparence d'un tissu fibreux. Quant au canal cystique, il était très épais et presque entièrement oblitéré au niveau du conduit cholédoque. L'utérus présentait, dans l'épaisseur de son tissu, un grand nombre de petits polypes fibro-plastiques. Deux de ces corps, plus gros que les autres, occupaient la base de l'organe et se trouvaient appliqués pour ainsi dire à l'intérieur de la cavité sur la membrane muqueuse dont ils étaient séparés par des filaments cellulaires. Enfin, sur la partie latérale gauche de l'utérus, on a rencontré une tumeur fibreuse développée sur le ligament large.

M. Leudet. Je ne puis laisser passer l'assertion de M. Icery, et je ne vois rien dans l'aspect des petites tumeurs qu'il nous montre dans les poumons qui puisse autoriser à les considérer comme de nature encéphaloïde.

M. Azenfeld. Il y a quelque chose d'obscur relativement à la nature de ces tumeurs, et l'examen microscopique qui n'a pu être fait, aurait seul pu lever le doute relativement à la nature de ces corpuscules ou granulations qu'on trouva dans les poumons. Cependant, en considérant l'âge de la malade (elle avait quatre-vingt un ans), la difficulté qu'il y aurait à admettre chez elle une tuberculisation *commençante*, telle qu'elle semble l'être d'après la description de M. Icery ; en considérant aussi les aspects si variés et si trompeurs que le cancer peut prendre, je n'hésite pas à croire que très probablement les altérations des poumons étaient de nature cancéreuse comme celles du foie.

6. M. Pize montre un *foie et les organes du bassin remplis de kystes hydatiques*.

Un homme, âgé de vingt-quatre ans, est entré le 1^{er} mars 1853, salle Saint-Ferdinand, à l'hôpital Necker, dans le service de M. Bricheateau. Ce sujet s'est aperçu, dès l'âge de dix ans, qu'il portait des tumeurs dans la cavité abdominale. Deux fois déjà il a été assez malade pour entrer dans des hôpitaux de province où on lui a appliqué des vésicatoires sur la paroi abdominale antérieure et fait des frictions avec une pommade qu'il ne connaît pas.

Huit jours avant son entrée à Necker, il a été pris subitement, en urinant, de douleurs abdominales intenses ; à partir de son entrée, il a présenté les symptômes suivants :

Le ventre est considérablement ballonné ; on sent, à travers ses parois, des tumeurs dures, arrondies, mais la palpation excite des douleurs fort vives, surtout à la région hypogastrique. La percussion donne une matité considérable dans presque toute l'étendue de l'abdomen ; mais on trouve à gauche une sonorité anormale qui décèle le refoulement de l'intestin grêle vers ce côté. L'auscultation fait entendre le frémissement hydatide.

Le malade a de la céphalalgie, de la fièvre, une grande difficulté à respirer ; les yeux sont enfoncés, les conjonctives et la peau ont la coloration jaunâtre de l'ictère ; la face exprime une vive anxiété ; l'anorexie est complète, la miction difficile et douloureuse ; le malade éprouve des douleurs très vives qu'il compare à des coliques ; depuis plusieurs jours il ne va pas à la selle ; tout décubitus, surtout le dorsal, lui est douloureux et impossible à tenir ; il est presque constamment assis sur son lit et ne peut goûter le sommeil.

Il devient évident, d'après tous ces symptômes, qu'on a affaire à des tumeurs hydatides anciennes et à une péritonite aiguë. On ordonne au malade, pour boisson, une décoction de graine de lin nitré (bis) ; on lui fait une application de trente sangsues sur le ventre, on met des cataplasmes laudanisés et l'on donne deux quarts de lavement émollient. Les jours suivants on continue la tisane et les cataplasmes ; mais la douleur augmente, le pouls s'élève et s'affaiblit, il survient des vomissements d'abord bilieux, puis mélangés avec des matières stercorales. Enfin le malade mourut le 7 mars.

A l'ouverture de l'abdomen, il s'écoule 1 litre environ d'un liquide citrin, le péritoine est recouvert de fausses membranes.

Le foie est déformé et très volumineux, et présente plusieurs kystes contenant des hydatides nageant dans un liquide incolore et très abondant. Ces vésicules sont d'un volume variable depuis celui d'un noyau de cerise jusqu'à celui d'un œuf de poule. D'autres kystes contiennent des débris de vésicules et une bouillie puriforme dénotant l'ancienneté de ces tumeurs et un travail inflammatoire antérieur. Un kyste très remarquable est situé sur le bord convexe du foie, adhère au diaphragme qu'il a perforé

et fait saillie dans les cavités thoraciques où il est relié à la plèvre pariétale par des fausses membranes blanches, dures et épaisses, de formation ancienne, par conséquent. Au-dessous de ce kyste, sur la face inférieure du foie s'en trouve un autre à parois dures, épaisses, comme cartilagineuses, rugueuses sur leur face interne. Il est rempli d'un liquide jaune verdâtre dans lequel nagent de nombreuses paillettes micacées ressemblant à des cristaux de cholestérine. A droite, et sur le bord antérieur du foie se trouve un autre kyste renfermant également de ces paillettes micacées, mais dépourvu de liquide et contenant en revanche une matière pseudo-membraneuse, de couleur verdâtre, ressemblant à ces membranes gélatiniformes qui servent à constituer quelques plantes de la famille des Algues.

La vessie est hypertrophiée, ses parois ont 1 centimètre environ d'épaisseur, la muqueuse est d'une couleur ardoisée. A côté l'on voit des lacunes ulcérées, entourées par des faisceaux musculaires très développés. Près du sommet, dans un espace large comme une pièce de 1 franc, les parois sont ramollies, brunes et prêtes à se rompre. Tout à fait au sommet est un kyste d'hydatides du volume du poing. Sur la face postérieure sont plusieurs kystes contenant également des hydatides et remplissant presque tout le bassin avec les parois duquel ils ont contracté des adhérences difficiles à rompre. Les tumeurs de la vessie dont il s'agit étaient évidemment situées dans les parois mêmes de l'organe au-dessus du péritoine qu'elles revêtaient et lui donnent un aspect lisse et poli, mais elles sont développées extérieurement à la cavité de l'organe qui contenait une grande quantité d'urine trouble et épaisse.

Les uretères et les reins étaient également distendus par une grande quantité d'urine, mais saine et limpide. Aucun de ces organes ne contenait d'hydatides; leur tissu était d'ailleurs parfaitement normal.

Les tumeurs décrites précédemment avaient fait subir aux viscères des déplacements assez considérables. L'intestin grêle était refoulé dans l'hypochondre gauche, le cœcum était adhérent à la tumeur décrite au bord antérieur du foie; les côlons ascendant et transverse adhéraient dans presque toute leur étendue à ce même bord, puis de son extrémité gauche partait le côlon descendant, se dirigeant obliquement de gauche à droite et de

haut en bas, de telle sorte que l'S iliaque se trouvait dans la fosse iliaque droite et se continuait avec le rectum en un point correspondant à l'extrémité droite du diamètre transverse du détroit supérieur. Au niveau de ce point, l'intestin était comprimé par les tumeurs situées sur la face postérieure de la vessie. L'S iliaque et presque tout le reste du côlon étaient d'ailleurs remplis par une grande quantité de boules fécales.

Les deux canaux déférents longeaient les côtés des tumeurs postérieures et semblaient avoir dû être comprimés par celles-ci. J'ajouterai comme résultat de l'autopsie, que j'ai entendu très distinctement à l'aide du stéthoscope, le frémissement hydatide sur le foie détaché et déposé sur la table de l'amphithéâtre.

Réflexions. La difficulté de la respiration du vivant du malade s'explique par la gêne que devait éprouver dans ses mouvements le diaphragme refoulé par un foie énorme, et perforé en outre par une tumeur considérable.

Si le décubitus, dorsal surtout, était impossible, c'est que dans cette position les viscères devaient être comprimés davantage par les tumeurs abdominales.

Ne trouve-t-on pas une raison d'être des vomissements de matières fécales dans la compression de l'intestin au niveau du détroit supérieur du bassin?

Quant à la péritonite, ne pouvait-elle avoir pour cause l'effort de miction qui amena si brusquement les douleurs? quelques gouttes d'urine n'auraient-elles pas alors passé à travers cette partie de la vessie brune et ramollie dont nous avons parlé?

Disons en terminant que ce cas présente un exemple assez beau des accidents divers que peuvent produire les tumeurs hydatides remarquables ici, d'ailleurs, par leur présence à la vessie, cas au moins très rare, s'il n'est pas le premier qui soit constaté dans la science.

7. M. Millar montre *une perforation du poumon*. Un homme, atteint de fièvre typhoïde à forme adynamique, offrait de la résonnance à la partie antérieure de la poitrine. La respiration était obscure à la partie inférieure; le tintement métallique était évident; pas de fluctuation hippocratique.

À l'autopsie, on constata l'existence de gaz dans la cavité thoracique à droite. La plèvre est recouverte de fausses membranes; le poumon est affaissé, adhérent en arrière. En l'insufflant, on

voit se soulever la plèvre à la partie inférieure et interne de la face postérieure où l'on constate, du reste, l'existence d'une petite perforation circulaire.

8. M. Grappin montre une série de tumeurs de volume différent, enlevée sur le pied d'une jeune fille de dix-huit ans. Cette malade habitant un village malsain, avait une hypertrophie du corps thyroïde. Le pied était considérablement tuméfié, sans fluctuation bien marquée. Une ponction fut faite et conduisit sur les os altérés; alors on débrida largement et on rencontra entre les os nécrosés les tumeurs qui semblent à M. Grappin de nature tuberculeuse.

M. Leudet. Malgré l'altération produite par la macération dans l'alcool, ces tumeurs me semblent plutôt de nature fibre-plastique.

9. M. Barth présente un exemple d'abcès multiples provenant de l'autopsie d'un individu atteint de *fièvre typhoïde*.

Un jeune homme de dix-neuf ans, serrurier, habitant Paris depuis deux ans, robuste, habituellement bien portant, entre à l'hôpital Beaujon, le 19 février 1853. Il est malade depuis huit jours, et présente des frissons, de la courbature, céphalalgie, soif, anorexie, un peu de toux, l'aspect typhoïde. Le pouls est à 112, la peau chaude, la langue blanche à la base, rouge sur les bords, une tache rosée se remarque sur l'abdomen, des râles sonores et muqueux sont disséminés dans toute la poitrine. Les jours suivants, les caractères de la fièvre typhoïde deviennent de plus en plus tranchés. Le 27, le pouls est à 148, la face décolorée, la langue sèche, des selles sanglantes copieuses se manifestent. Les jours suivants, un peu d'amélioration, le pouls descend à 116.

Le 3 mars il survient un frisson violent et prolongé, le pouls arrive à 145, toute la muqueuse buccale est couverte d'une exsudation pultacée, le coude gauche est douloureux. Le 6 mars le coude est tuméfié et évidemment fluctuant. Les traits sont altérés, la respiration est fréquente, le pouls presque insensible. Le malade meurt le 7 mars, au vingt-troisième jour de la fièvre typhoïde. A l'autopsie, on remarque une coloration ecchymotique à la partie droite du thorax. Le coude contient 25 à 30 grammes d'un pus crémeux; la synoviale est légèrement injectée. Le cœur présente quelques ecchymoses à la superficie du bord droit; dans le poumon droit, congestion hypostatique, petites ecchymoses sous-pleurales.

L'intestin grêle présente, vers sa terminaison, des ulcérations assez nombreuses, à bords décolorés, tendant à la réparation. Les ganglions mésentériques sont volumineux, rougeâtres ou blanchâtres, ramollis, friables. La muqueuse du gros intestin est ramollie; l'estomac, le pancréas sont sains.

Le foie, volumineux, mou, présente à la face inférieure du lobe gauche une saillie formée par une masse de la grosseur d'une pomme d'api, infiltrée d'un pus fétide avec une zone de coloration ardoisée et contenant une matière pulpeuse assez concrète. Un autre abcès plus petit, formé par la réunion de petits foyers, existe à la face inférieure de ce lobe; enfin, un troisième abcès, de la grosseur d'une noix, se trouve au bord postérieur du lobe droit. La vésicule biliaire est distendue par une bile très fluide.

La rate est volumineuse, très ramollie, facile à réduire en pulpe; on remarque, le long de son bord interne, sept à huit noyaux assez semblables aux épanchements sanguins, mais mous et laissant écouler à la pression un liquide lie de vin, puriforme. On ne trouve rien dans la veine splénique ni dans la portion conservée de la veine mésaraïque, ni dans les ramifications de la veine porte autour du gros abcès. Il est difficile, ajoute M. Barth, de déterminer la source de ces altérations. Les abcès du foie sont ou des abcès métastatiques ou des épanchements sanguins suppurés. J'avais pensé d'abord qu'autour des ulcérations intestinales il avait pu se faire une phlébite locale et transport du pus vers le foie; mais les veines sont saines, et puis cela était peu admissible pour la rate. Je me demande donc si l'on ne peut pas admettre, en vertu de la fluidité du sang, caractérisée par les ecchymoses du cœur, du poumon, du thorax, qu'il y a eu dans le foie, dans la rate, des épanchements sanguins qui ont suppuré. Les hémorrhagies sont fréquentes dans la rate. J'ai vu cette altération se produire dans les ganglions mésentériques. Un malade, atteint de fièvre typhoïde, dans le service de M. Chomel, présentait de nombreuses tumeurs abdominales; c'était les ganglions mésentériques qui étaient le siège d'épanchements sanguins suppurés.

Quoi qu'il en soit, ce fait mérite l'attention et pourra servir plus tard à l'explication de certains épiphénomènes. Ces épiphénomènes ont, du reste, été fréquents dans l'épidémie typhoïde actuelle.

M. Leudet. Je crois, comme M. Barth, à une altération du

sang. Mais je pense que l'objection au transport du pus dans la rate, tirée de l'intégrité des parois veineuses et du sens de la circulation dans la veine splénique, ne peut trancher la difficulté, car, d'une part, le pus peut être transmis par des veines dont les parois sont saines, et, de l'autre, les expériences de M. Bernard tendent à prouver l'existence d'un reflux dans la veine splénique. C'est, en tous cas, une question qui me paraît devoir être réservée : c'est peut-être aussi la pensée de M. Barth.

M. Barth. Si l'on eût rencontré des caillots dans les veines, tout serait devenu plus clair ; mais avec l'absence d'altération, je crois, comme M. Leudet, que l'on doit rester dans le doute.

10. M. Henri a rencontré chez une jeune fille, morte au quarantième jour de la fièvre typhoïde, une petite *masse colloïde* dans le *corps pituitaire*. Le cerveau et les méninges étaient sains. On a noté chez cette enfant une tendance marquée à rejeter la tête en arrière.

M. Leudet. Je ne connais pas d'exemple de tumeur colloïde du corps pituitaire. M. Rayer a donné une observation de cancer de ce corps.

11. M. Leudet présente la *rate* d'un jeune homme de dix-neuf ans, mort au vingtième jour de la *fièvre typhoïde*, dans le service de M. Rayer. Ce malade se plaignait d'une douleur vive dans le côté gauche du thorax. Il y avait des frissons, pas de douleur vive dans l'abdomen. A l'autopsie, on trouva la rate adhérente à la face inférieure du diaphragme, et dans son intérieur existait un épanchement fibrineux, mou, suppuré. Le foie, la veine porte étaient sains. Je pense qu'il y a eu là une altération du sang bien manifeste.

M. Barth. J'ai souvent remarqué l'utilité du quinquina dans les cas de douleur dans la région splénique. Je me rappelle le fait d'un jeune homme atteint de fièvre typhoïde, qui se plaignait d'une douleur vive dans la région splénique, que rien ne pouvait calmer. J'eus l'idée de lui donner du sulfate de quinine, et la douleur cessa comme par enchantement. Je pense que l'état de congestion de la rate peut être arrêté par le sulfate de quinine.

12. M. Icery présente à la Société *deux pièces* d'anatomie pathologique, provenant d'une femme morte à l'hôpital de la Charité dans le service de M. Andral. Cette femme nommée Monette (Émilie-Joséphine), couturière, âgée de trente-six ans,

était entrée le 30 décembre dernier à l'hôpital et occupait le lit n° 23 de la salle Saint-Vincent.

Il y a environ huit mois, à la suite d'un accouchement qui paraît avoir été long et difficile, mais qui s'effectua cependant sans exiger l'emploi d'aucune manœuvre pénible, il survint chez elle, sous l'influence d'une vive impression de froid, quelques phénomènes fébriles, tels que l'exaltation de la chaleur, la soif, la céphalalgie, la fréquence du pouls, une diminution notable dans l'écoulement des lochies et dans la tension des mamelles, phénomènes qui doivent être sans doute rapportés à une fièvre puerpérale, d'une médiocre intensité, il est vrai, puisque quelques jours suffirent pour amener un amendement très sensible. Mais, après la cessation de l'appareil fébrile, la convalescence fut entravée par de nouveaux accidents, et la guérison ne put jamais s'établir d'une manière définitive. A partir de cette époque, elle fut en proie à une langueur physique, à une prostration morale qui ne lui permettaient de se livrer à aucun travail assidu. Les mauvaises conditions hygiéniques au milieu desquelles elle vivait, aggravèrent peu à peu son état et l'obligèrent enfin à venir réclamer les soins et le repos qu'il lui avait été impossible de se procurer chez elle. Quand elle entra à la Charité, cette femme présentait les signes d'une constitution assez bonne quoique épuisée par les privations et les souffrances qu'elle avait éprouvées pendant longtemps. Alors rien n'indiquait l'altération profonde qui devait entraîner trente jours après un dénouement funeste. Triste, anxieuse, péniblement préoccupée de son état, elle semblait plutôt hypochondriaque qu'affectée d'une lésion de quelque organe important et essentiel. Un examen attentif ne révéla en effet aucun désordre matériel et ne fournit aucune donnée précise sur la nature de la maladie. Deux symptômes seulement par leur intensité et leur caractère parfaitement défini fixèrent particulièrement l'attention, c'étaient un affaissement considérable des forces et surtout une inappétence complète. Aussi M. Andral ne fit-il inscrire sur la feuille du diagnostic de la malade que le mot *Anorexie*. Sous l'influence de quelques médicaments appropriés et d'un repos prolongé, il se manifesta un mieux notable. La malade n'éprouvait plus un dégoût aussi marqué pour les aliments et prenait même chaque jour un peu de nourriture; cette amélioration ne fut pas toutefois de longue

durée, et bientôt survinrent des symptômes tels que l'issue de la maladie ne pouvait être douteuse; les yeux étaient enfoncés, les lèvres décolorées, la peau du visage prit une teinte d'un jaune-paille, la prostration des forces devint extrême et en même temps il y eut des douleurs vives, un malaise général, des selles colliquatives involontaires, quelques vomissements porracés, un écoulement continu par la vulve d'un liquide qui renfermait les éléments de l'urine mélangée de beaucoup de pus. La mort arriva enfin au milieu d'un marasme complet.

Autopsie. Je vais en peu de mots faire connaître l'état sous lequel se sont présentés les différents viscères, avant de parler des lésions qui offrent seules assez d'intérêt pour fixer notre attention. L'encéphale et ses enveloppes n'étaient nullement altérées, il en était de même du cœur et du péricarde; les intestins ainsi que l'estomac ne présentaient aucune trace d'altération, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur; ils étaient seulement rétractés et décolorés dans toute leur étendue. Le péritoine avait partout un aspect parfaitement normal. La rate, le pancréas apparaissaient avec leur volume et leur consistance habituelle. Les poumons souples, crépitants, aérés, présentaient à peine de l'hypérémie à leur partie postérieure et inférieure. Dans la cavité pleurale du côté droit une pseudo-membrane sèche, très consistante, quoique peu épaisse, tapissait la plus grande portion du feuillet pulmonaire de la plèvre et la faisait adhérer fortement aux points correspondants de la paroi thoracique.

L'examen des autres parties n'ayant fourni rien de digne d'être noté, je puis faire connaître le siège et la disposition des lésions dont je parlais tout à l'heure. Ces lésions diffèrent complètement entre elles non seulement par le lieu qu'elles occupent, mais encore par leur nature, et de plus elles nous paraissent s'être produites sous l'influence de causes essentielles et indépendantes. Les unes intéressent la glande hépatique et l'appareil excréteur de la bile, les autres se sont développées dans la cavité pévienne ou s'étendant aux organes génito-urinaires. La première des deux pièces que j'ai l'honneur de mettre sous vos yeux est une portion du foie, la vésicule biliaire et les conduits hépatique et cystique. Voici quelles sont les altérations qu'on peut constater sur cette pièce :

Le foie a éprouvé un commencement de dégénérescence

graisseuse; le conduit cystique au-dessous de la courbure qu'il décrit avant de s'ouvrir dans la vésicule est complètement oblitéré dans l'étendue de 2 centimètres; la vésicule biliaire a acquis un volume beaucoup plus considérable que celui qu'elle présente à l'état normal; ses parois sont épaissies et l'aspect réticulaire de la muqueuse a disparu en grande partie. A l'ouverture du cadavre la vésicule était considérablement distendue et elle débordait de toute part la fosse de la face inférieure du foie dans laquelle elle est logée. La bile qu'elle renfermait était noirâtre, très épaisse et d'un aspect comme granuleux. Un stylet très mince introduit soit par l'orifice vésiculaire, soit par l'orifice inférieur du canal cystique n'a jamais pu pénétrer entièrement dans tout le trajet de ce canal; au point que nous avons déterminé, il existe, en effet, une réunion adhésive des parois qui apportait un obstacle au cours de la sécrétion biliaire. En cet endroit le canal cystique paraît s'être transformé en une sorte de cordon fibreux. Le conduit hépatique n'offre rien de semblable, ses parois sont entièrement libres d'adhérences.

La *seconde pièce* comprend les reins et l'uretère, l'utérus, la vessie, les artères iliaques primitives et une portion de tumeur adhérent aux divisions de l'iliaque primitive gauche. Cette pièce ne montre qu'une partie de ce que nous avons constaté à l'autopsie, car l'altération qui s'est offerte à nous s'étendait dans tout le côté gauche de la cavité pelvienne, mais elle contient les choses principales que nous désirions vous présenter. Après avoir enlevé la paroi abdominale, un examen superficiel ne nous permit pas tout d'abord de reconnaître la lésion cependant très étendue dont nous allons dire quelques mots; l'utérus seul attira notre attention: il était déplacé et déjeté à gauche; c'est à peine s'il existait une saillie dans la fosse iliaque du même côté; mais, ayant porté la main en cet endroit, il nous fut facile, par cette simple exploration, de constater une large tumeur en partie dure et résistante, en partie fluctuante qui remontait depuis le pli de l'aîne jusqu'au-dessus de la crête de l'os des îles. L'aponévrose fascia iliaca ne paraissait pas adhérer aux muscles qu'elle recouvre; elle était tendue, légèrement soulevée par un liquide qui en certains points fuyait facilement sous la moindre pression. Une incision pratiquée à cette aponévrose et au feuillet péritonéal qui lui est uni, laisse

échapper un liquide blanchâtre très fluide, mélangé de débris grumeleux. L'aponévrose était considérablement épaissie, l'espace qu'elle recouvrait communiquait avec la vessie par un trajet fistuleux. Les muscles psoas et iliaque avaient été presque entièrement détruits, et la surface interne de l'iléon ainsi que les parties latérales des dernières vertèbres lombaires étaient dénudées et rugueuses. Du même côté, au niveau du pli de l'aîne, sur le pourtour du détroit supérieur du bassin, se trouvait une masse indurée qui se continuait avec le tissu de l'utérus et de la vessie, et au milieu de laquelle se perdaient l'uretère et les divisions de l'artère hypogastrique. Ce produit est dur, d'un blanc opaque; comprimé, il ne laisse pas sourdre de liquide visqueux et ne présente pas l'aspect du cancer. M. Lendet, qui a bien voulu l'examiner au microscope, n'y a découvert que quelques noyaux fibro-plastiques. Les parois de l'utérus ne sont pas notablement épaissies, elles sont formées d'un tissu jaune grisâtre, friable, assez dense, et apparaissant sous le microscope avec des corpuscules purulents. Le col, dont la cavité renfermait une petite quantité de pus, est, au contraire, mou, vasculaire, surtout au pourtour de l'orifice vaginal; incisé, il offre du pus dans les veines qui le parcourent.

A l'intérieur de la vessie, dont les parois au niveau de la production morbide qui lui adhérait présentent un épaississement assez grand, on trouve une ulcération irrégulièrement arrondie, d'un centimètre dans sa plus grande largeur, à fond grisâtre et perforé à son centre. Cette perforation faisait communiquer la vessie avec la fistule déjà indiquée.

L'uretère gauche, considérablement épaissi et confondu avec le produit anormal développé dans l'excavation du bassin, n'est point oblitéré et offre à l'intérieur quelque trace d'hypérémie.

Le rein gauche ne paraît pas sensiblement augmenté de poids et de volume. A la coupe, la surface de la substance corticale est pâle, jaunâtre, et contraste avec celle de la substance tubuleuse dont l'aspect n'est pas notablement changé.

13. M. Barth montre un cœur dont les ventricules contiennent des caillots résistants et volumineux.

Un homme de vingt-quatre ans, boucher, malade depuis douze jours, entre à l'hôpital Beaujon avec tous les signes d'une affection aiguë : épistaxis, délire, agitation, facies typhoïde, ventre

ballonné. Ces accidents durèrent pendant quelques jours, puis le délire devint plus violent, le ballonnement fut extrême à tel point que le ventre, démesurément distendu, était presque mat à la pression. En raison de ce développement extraordinaire de gaz, on prescrivit de la magnésie, du charbon, etc. Les symptômes s'amendèrent, et le malade était rétabli le 1^{er} mars. Le 6 mars, il se refroidit; le 7, fièvre augmentant jusqu'au 10 que survint de l'anxiété; le 11, douleur sternale, pas de point de côté, oppression extrême, peu de crachats: la percussion donne un son obscur en arrière; la respiration est bronchique sans râle crépitant; le pouls à 150. On fit une saignée qui fut couenneuse; on donna du tartre stibié; le pouls resta à 150 ou 160, et le malade mourut le 13 au soir.

A l'autopsie on trouve une hépatisation grise de tout le lobe supérieur et d'une bonne partie du lobe moyen du poumon droit. Dans le ventricule gauche du cœur, on rencontre un caillot adhérent formant une masse ferme, résistante, sans vascularisation. Dans le ventricule droit, quelques caillots mous, moins volumineux. Je pense, dit M. Barth, que ces caillots se sont formés pendant la vie, que la mort leur est due, et que l'accélération rapide du pouls est le signe de leur formation. Dans les pneumonies graves qui me paraissent prédisposer à la formation de ces caillots, des syncopes peuvent arriver et enlever le malade. Dans ces cas, j'exige une surveillance de tous les instants.

Chez ce même malade on trouve les ulcères de la fin de l'intestin grêle presque complètement cicatrisés, les bords sont affaîssés, adhérents, leur surface ressemble à celle d'un velours très fin, tomenteuse, leur aspect ardoisé. On peut dire que les ulcères de la fièvre typhoïde ne donnent pas lieu à des cicatrices en étoile; je n'ai pas rencontré non plus de rétrécissement de l'intestin chez les individus guéris de la fièvre typhoïde.

M. Broca. J'ai toujours écouté avec intérêt les communications de M. Barth, relatives à la formation des caillots dans le cœur. M. Malgaigne dit que chez les opérés l'absence d'une pulsation sur cinq ou six annonce la formation des caillots.

M. Maingault. J'ai souvent entendu M. Malgaigne mentionner l'irrégularité du pouls; mais je ne sache pas qu'il parle de cette absence d'une pulsation sur cinq ou six, comme le dit M. Broca.

M. Barth. Plusieurs circonstances me paraissent influencer la

formation de ces caillots : la pneumonie , la péricardite , l'endocardite. Je me rappelle le cas d'un étudiant qui, atteint d'une péricardite avec épanchement, allait bien quand je le vis au matin, puis qui mourut subitement quelques heures plus tard. Je pensai à l'existence de caillots dans le cœur.

14. M. Barth montre la *protubérance* et le *bulbe rachidien* d'un individu mort avec des *accidents d'épilepsie saturnine* : état comateux, mouvements convulsifs, etc.; la pie-mère et la substance grise sont injectées; en promenant le doigt à leur surface, on sent quelque chose de rude, de finement granulé, qui pourrait tenir à la présence du plomb. M. Barth désirerait que ce point fût examiné.

15. M. Maingault montre à la Société une *portion de poumon* dont les *bronches sont dilatées* et présente en outre à sa base une altération toute particulière. Cette pièce provient d'un enfant de douze ans, né d'un père tuberculeux. Cet enfant offrait à son entrée à l'hôpital, il y a douze jours, un bruit de gargouillement en bas, à droite et en arrière de la poitrine, avec fièvre, abattement, etc.; les crachats étaient abondants et purulents. On diagnostiqua : dilatation bronchique et tubercules probables. Les accidents continuèrent, et bientôt on trouva des râles sonores des deux côtés avec matité à la percussion, et l'on pensa à une pleurésie. Au bout de cinq ou six jours survinrent des hémoptysies qui se répétèrent, et l'enfant mourut.

A l'autopsie, le lobe inférieur du poumon droit est recouvert à sa surface de fausses membranes; les bronches sont dilatées considérablement et présentent en outre une hypertrophie très marquée des fibres musculaires qui sont très visibles, et une atrophie manifeste des cerceaux cartilagineux. Il n'y a pas trace de tubercules. A la partie inférieure du même lobe, on trouve un tissu dense, comme carnifié, dont l'aspect est singulier et ne peut se rapporter aux altérations ordinaires du poumon.

M. Vidal. Il y a quelque temps, un homme arrive à la Maison de Santé offrant un souffle tubaire à gauche avec hémoptysie, crachements humides. L'autopsie ne révéla aucun tubercule; les bronches étaient dilatées, l'une d'elles contenant une petite masse crétacée: Il y avait, en outre, quelques points apoplectiques et un épanchement purulent dans la plèvre droite.

M. Leudet fait remarquer que la dilatation des bronches dans

la pièce de M. Maingault est uniforme; que l'altération du poumon qu'elle offre a été désignée par Corrigan sous le nom mauvais de *cirrhose*; M. Leudet pense que cette lésion est primitive et qu'elle amène la dilatation bronchique.

16. M. *Lambert* montre une *ulcération du larynx* sur une enfant morte de fièvre typhoïde.

Cette enfant, Pauline Gaillard, âgée de quatre ans, est entrée à l'hôpital des Enfants, dans le service de M. Bonneau. Pendant son séjour, qui a été de quatorze jours, elle a présenté tous les symptômes d'une fièvre typhoïde; beaucoup d'agitation et de délire et peu de réaction. Deux jours avant sa mort, et lorsque déjà la convalescence s'établissait, la fièvre augmenta; la voix et la toux devinrent rauques. Le lendemain, la voix était complètement éteinte, la respiration fréquente et difficile, les lèvres violacées, le pouls très fréquent et très petit, quelques accès de toux peu prolongés avec suffocation plus grande. Le même jour, elle est morte à deux heures du matin. Le diagnostic (fièvre typhoïde) a été confirmé par l'autopsie. De plus, le larynx présente à droite, au-dessous de la corde vocale inférieure, une ulcération profonde à fond grisâtre, d'un centimètre de diamètre dans sa plus grande étendue. Pas d'ulcération dans la trachée ni sur l'épiglotte.

Cette année, j'ai déjà eu occasion de voir un cas tout à fait semblable. La malade résista plus longtemps à cette laryngite, et dans les derniers jours présenta des accès de toux avec suffocation, simulant un vrai croup. La trachéotomie fut pratiquée dans la période d'asphyxie commençante. L'opération n'eut aucune influence sur la marche de la maladie. La malade mourut le lendemain, et cependant le jeu des poumons n'était pas gêné. Il n'y avait ni bronchite capillaire ni pneumonie.

M. *Verneuil* demande sur quelles indications, dans les deux cas dont parle M. Lambert, on a fait la trachéotomie, et si le plexus veineux thyroïdien était gonflé. J'ai opéré, dit-il, deux enfants, et les veines m'ont considérablement gêné; en ayant coupé une très petite, j'ai eu beaucoup de sang.

M. *Lambert*. Les veines étaient peu dilatées, et l'état de suffocation nécessitait l'opération.

M. *Dufour*. M. Caillaut a fait voir des ulcérations semblables du larynx dans la rougeole; j'ai vu faire l'opération dans les cas de croup compliquant la rougeole.

M. *Broca*. Il me semble que quand l'obstacle tient à un gonflement de la muqueuse du larynx, l'opération est bien plus indiquée que dans le croup; on combat ainsi l'élément *suffocation*.

M. *Verneuil* trouve que l'on redoute trop l'opération de la trachéotomie qui, par elle-même, n'est pas dangereuse. Les pièces pathologiques donnent une idée incomplète de l'état de la muqueuse laryngée dont le gonflement disparaît en partie. L'opération s'adresse au symptôme *suffocation*. Ce symptôme existe; la trachéotomie ne compromet rien; il faut s'y décider.

M. *Broca*. Je trouve que M. Verneuil se montre trop prodigue de la trachéotomie. Encore faut-il que la suffocation tienne à une lésion du larynx; on sait que les anévrysmes de la crosse aortique simulent fort bien une affection du larynx, et je ne vois guère, dans certains cas, d'autres signes distinctifs que la douleur causée par la pression au niveau du larynx. J'y ai été pris une fois; j'ai vu un autre commettre une erreur semblable, et depuis lors je me tiens en garde contre pareille bévue.

M. *Verneuil*. Je suis bien loin de dire qu'il faut ouvrir la trachée de tous les malades qui suffoquent. Il faut examiner et chercher à établir son diagnostic. Le stéthoscope fera découvrir un bruit de souffle dans le cas d'anévrysme; la percussion, la déviation de la trachée fournissent encore des données utiles. Voici ma pensée: On arrive auprès d'un malade qui suffoque; l'examen le plus minutieux ne fait rien découvrir dans la poitrine; on doit faire l'opération parce que, d'une part, on supprime la suffocation, et que, d'autre part, l'opération en elle-même n'est pas grave.

M. *Broca*. Je n'en reste pas moins convaincu que, dans certains cas, le diagnostic des anévrysmes de la crosse de l'aorte n'est pas facile.

M. *Leudet* fait remarquer que le fait présenté par M. Lambert rapproche la fièvre typhoïde des enfants de celle des adultes quant à la lésion du larynx, mais que chez ces derniers la suffocation se montre rarement.

17. M. *Vidal* présente un *cancer ulcéré* de l'estomac provenant d'un homme de cinquante ans, qui vomissait depuis quatre ans. Cet homme, à teinte ictérique, très amaigri, offrait des vomissements noirs. Trois tubercules cancéreux existaient sur la peau de

l'épigastre et deux autres sous la mâchoire. On trouve dans l'estomac une infiltration cancéreuse très étendue de la petite courbure autour du cardia, qui est entouré d'ulcérations nombreuses. Le foie est petit, sans altération, la vésicule biliaire distendue. Presque tous les ganglions mésentériques sont cancéreux. Les muscles psoas présentent une altération remarquable ; à droite, infiltration de matières cancéreuses ; vers le milieu du muscle, on ne voit plus que de la matière cancéreuse qui se répand jusque vers les attaches du muscle, sous la forme de noyaux de la grosseur d'un grain de chènevis, et tellement nombreux que les fibres musculaires ont disparu. La lésion est semblable, mais plus avancée du côté gauche. Le muscle iliaque de chaque côté a subi un commencement d'altération analogue. Les os iliaques, les vertèbres sont sains. Les veines iliaque et crurale du côté gauche sont oblitérées par des caillots.

18. M. Leudet présente un exemple de *cysticerques* du cerveau et des muscles.

D. C..., âgée de vingt-huit ans, journalière, d'une taille moyenne, d'une bonne constitution, entre le 10 février 1852 à l'hôpital de la Charité, salle Saint-Basile, n° 22, service de M. Rayer.

Habituellement d'une bonne santé, D... fut menstruée à vingt et un ans et demi sans éprouver à cette époque aucun dérangement de la santé. Depuis cette époque, les règles sont toujours revenues régulièrement. Accouchée heureusement et à terme il y a un an, D... n'a fait que deux maladies sérieuses : l'une, il y a sept ans, dans laquelle elle eut une perte de la voix qui la retint plus de deux semaines alitée ; une autre moins grave dans l'hiver de 1850, et qui ne se caractérisait que par une toux légère.

Depuis sept ans elle habite constamment Paris, excepté une courte absence qu'elle fit il y a vingt-deux mois dans son pays natal.

Son père et sa mère jouissent d'une bonne santé ; jamais, suivant son dire, aucun membre de sa famille n'aurait été atteint du ver solitaire.

Le début de la maladie actuelle remonte à vingt-deux mois ; il se manifeste sous forme d'attaques se répétant six fois dans l'espace de vingt-deux mois, la dernière ayant eu lieu il y a six se-

maïnes. En général, avant chaque attaque, D... éprouve la sensation d'un corps roulant dans l'abdomen, puis peu après elle perd connaissance. Jamais elle n'a été prise subitement de ses convulsions pendant ses occupations ou dans la rue ; une fois elles sont survenues dans la nuit, n'en a eu aucune conscience et n'en a été informée que par son mari. La convulsion s'accompagne d'une perte complète de connaissance avec mouvements assez violents ; néanmoins une seule personne suffit pour la maintenir. La malade ne saurait dire si elle écume ; une seule fois elle s'est mordue la langue. La durée des attaques est variable ; la première s'est prolongée pendant quatre heures, une autre six heures, la dernière n'a duré que dix minutes. Un intervalle de trois mois s'est écoulé entre la première et la deuxième attaque. Depuis les attaques s'éloignent plutôt qu'elles ne se rapprochent. Chaque attaque est suivie d'une céphalalgie gravative pénible et d'une courbature durant cinq à six jours. La mémoire pendant ce temps est complètement perdue, la vue affaiblie. Ces accidents diminuent graduellement ; mais jamais la malade ne jouit complètement du libre exercice de ses sens comme avant la manifestation des attaques.

Depuis le début de la maladie, D... éprouve constamment une céphalalgie gravative pénible, sans siège limité, un affaiblissement marqué de la vue et quelquefois des sensations lumineuses dans les yeux. L'ouïe est souvent obtuse et le siège de bourdonnements ; la mémoire, excepté après les attaques, est bonne ; son caractère, depuis sa maladie, est devenu beaucoup plus irascible. La malade a remarqué, en outre, un affaiblissement notable des forces. L'appétit est variable, quelquefois diminué, beaucoup plus rarement exagéré ; sensation fréquente d'une strangulation gutturale ayant son point de départ dans l'estomac ; digestions souvent difficiles, coliques fréquentes, surtout dans le côté gauche du ventre ; pas de douleurs à la région précordiale.

D... prit plusieurs fois du kousso et de la racine de grenadier ; ce médicament procura l'expulsion d'un ver solitaire que nous n'avons pas vu, mais que le mari de la malade nous a assuré avoir été conservé ; il croyait même qu'il nous avait été présenté à l'hôpital.

La malade se présente à nous dans un état de bonne santé ap-

parente, accusant les symptômes que nous venons d'énumérer.

M. Rayer administra à la malade un médicament en usage en Abyssinie, la poudre de Musannah. Ce médicament était donné incorporé à du miel.

On donna le 14 février 15 grammes de poudre de Musannah ; le 15, 30 grammes, et le lendemain 60 grammes. Le médicament ne donna lieu à aucun effet physiologique, n'amena que le dernier jour une selle dans laquelle on ne retrouva pas de fragments, etc. Les 16, 17 et 18, la malade fut purgée trois fois avec l'huile de ricin ; ce purgatif causa de nombreuses évacuations alvines, mais aucune expulsion du ver.

Le 26 du même mois, 72 gouttes d'huile éthérée de fougère mâle furent administrées sans provoquer d'expulsion du tænia.

Le 2 mars 1852, D... quitta la Charité dans le même état.

Le 10 février 1853, la femme D... fut de nouveau admise à l'hôpital de la Charité. Les attaques avaient reparu encore à plusieurs reprises après le séjour de la malade à l'hôpital l'an dernier ; mais depuis huit mois elles avaient disparu. Il y a cinq mois, D... devint enceinte ; sa santé demeura bonne.

Le 8 février 1853, les attaques épileptiformes reparurent, se répétèrent chaque jour et forcèrent la malade à entrer le 10 à l'hôpital de la Charité. La malade était arrivée dans le cours d'une attaque ; mais depuis sa connaissance était incomplètement revenue ; la mémoire était mauvaise, la vue peu distincte, la face vultueuse, les pupilles dilatées. Dans la nuit, la malade demeure tranquille.

Le 11 au matin, à huit heures, nouvelle attaque épileptiforme, se terminant par un état comateux profond ; dans cette période, l'urine examinée donne un dépôt albumineux. Mort à onze heures du matin.

Ouverture du cadavre vingt-cinq heures après la mort. — Roideur cadavérique marquée ; aucune trace de putréfaction.

Tête. — Injection considérable des vaisseaux de la pie-mère, surtout au niveau de la convexité. On aperçoit, à travers la transparence des enveloppes cérébrales, de petits corps jaunâtres, opaques, situés dans la partie inférieure de la pie-mère, quelques uns dans la substance cérébrale. Les méninges leur adhèrent intimement. On compte dix-sept petits kystes dans le voisinage des méninges ou dans la substance cérébrale, près de la

convexité ; un dans la couche optique et un autre dans le corps strié gauche, trois à la partie supérieure du cervelet, aucun dans le bulbe, la protubérance, les pédoncules ou la moelle. Ces petites masses sont formées par un kyste membraneux enveloppant un corps membraniforme, plissé sur lui-même, dans lequel on distingue parfaitement la vésicule caudale et céphalique d'un cysticerque ; la couronne de crochets, mais dans aucun intacte, se retrouve également. Pas de ramollissement de la pulpe cérébrale, qui est seulement un peu congestionnée.

La moelle offrait dans sa moitié inférieure une curieuse altération de ses membranes ; des plaques osseuses, fragiles, étaient disposées en écailles, à la face profonde du feuillet pariétal de l'arachnoïde ; aucune trace de cysticerques ; substance de la moelle saine.

Les poumons étaient sains, un peu engoués à la base. Le cœur était dans un état normal.

Tube digestif sain ; aucune trace de tænia ; foie et rate sains. Reins un peu congestionnés à l'état normal.

L'utérus contenait un fœtus de cinq mois environ. Dans l'ovaire droit existait un corps jaune de fécondation.

Les muscles des membres supérieurs et inférieurs, de même que les pectoraux, contenaient de nombreux cysticerques ; leur capsule était un peu allongée ; l'animal offrait les mêmes caractères que ceux du cerveau.

19. M. *Denucé* montre un *enchondrome* du maxillaire supérieur.

Cette tumeur appartenait à une femme de quarante-huit ans, Catherine Lesec, journalière à Bruchy (Somme), couchée salle Saint-Jean, n° 7, service de M. Michon, à la Pitié.

Cette femme, d'un tempérament lymphatico-nerveux, bien que jouissant encore d'une assez bonne santé générale au moment de l'opération, avait cependant vu sa constitution se détériorer depuis le commencement de sa maladie. Toutefois la peau ne présentait nullement la teinte jaune caractéristique de la cachexie cancéreuse.

Comme antécédents, rien de syphilitique, rien d'héréditaire ; pas de coups sur la face.

Au mois de juin 1851, douleurs sourdes dans la joue gauche, puis dans l'œil du même côté.

La joue commença à se gonfler dans le courant d'octobre. Des douleurs lancinantes, très vives, qui s'irradiaient dans tout le côté gauche de la tête, empêchaient la malade de dormir. En même temps, l'œil devenait plus saillant.

La mastication, dans les derniers temps, était devenue tout à fait impossible des deux côtés, ainsi que l'olfaction du côté gauche. La narine droite même était en partie oblitérée. Le goût n'a jamais été altéré, à ce qu'affirme la malade.

La peau, très distendue du côté gauche de la face, présentait une teinte bleuâtre par la transparence des veines sous-cutanées. La tumeur était parfaitement arrondie, et l'enveloppe tégumentaire ne glissait pas sur les parties sous-jacentes.

En pressant sur la joue, sensation de dureté non osseuse à peu près uniforme partout.

Exophtalmie très marquée ; pas d'altération de la vue néanmoins.

La voûte palatine était envahie, ce qui s'annonçait par une plus grande saillie de la muqueuse, accompagnée d'une coloration rouge un peu brunâtre. La sensation éprouvée par le doigt promené en ce point était celle d'une dureté intermédiaire entre la consistance osseuse et celle du tissu ordinaire qui tapisse cette région.

Opération le 2 juin 1852. — On fit un lambeau triangulaire à sommet inférieur, à base supérieure, et venant aboutir à la commissure latérale gauche.

Description de la tumeur. — Elle a à peu près le volume du poing. Elle occupait tout le sinus maxillaire, mais s'étendait aussi, comme nous le verrons, dans plusieurs des anfractuosités qu'on rencontre dans cette région.

Elle peut se diviser, pour ainsi dire, en deux portions principales : une première qui venait faire saillie vers la joue gauche, et une autre profondément cachée, qui n'est devenue visible qu'après l'enlèvement tout entier.

La première portion est comprise entre la voûte palatine, l'apophyse montante du maxillaire supérieur droit, le rebord inférieur de l'orbite gauche et l'os malaire du même côté. Cette moitié de la tumeur, ainsi circonscrite par une espèce de ceinture osseuse en diagonale, est parfaitement limitée, enkystée, faisant saillie comme un œuf de dinde. Elle apparaissait directement

sous la joue en se perdant latéralement et inférieurement avec les parties molles de la région génienne. Sur la face antérieure, et accolée à son enveloppe immédiate dans ce point, reste une couche de fibres musculaires interrompue çà et là. Ce sont les vestiges des muscles de la face qui n'étaient plus séparés de la tumeur par une paroi osseuse, puisque la face antérieure de l'antra d'Highmore a à peu près complètement disparu. Elle n'a laissé d'autres traces de son existence que quelques lamelles très minces qui ne forment pas un tout continu, et que l'on ne peut découvrir qu'à la dissection, cachées qu'elles sont par l'enveloppe fibreuse de la tumeur. Cette enveloppe paraît formée par le périoste.

Les os qui bornaient cette première portion de la tumeur sont ramollis dans toute leur épaisseur ; ils ont été sciés ou coupés facilement pendant l'opération. Ce changement de nature est d'autant plus sensible qu'on se rapproche davantage du centre de la tumeur. C'est alors qu'on voit la forme et l'aspect osseux disparaître pour se confondre avec la matière enchondromateuse, de telle sorte qu'il y a un passage insensible entre le tissu osseux et le tissu propre de la tumeur. L'arcade dentaire est conservée ; les dents qui restent sont intactes et solidement implantées, sauf la dernière, une des molaires qui remue un peu.

La moitié plus profonde de la tumeur, c'est-à-dire celle qui se trouve située au-dessus et en arrière de cette ceinture osseuse est beaucoup plus irrégulière et moins enkystée. Là elle s'enfonçait dans les anfractuosités osseuses, adhérait en quelques points d'où elle n'a pu être énucléée qu'avec quelques difficultés. Elle pénétrait, d'une part dans la fosse nasale, ayant détruit complètement la paroi externe de la fosse nasale droite, les cornets dont il ne reste quelques vestiges qu'à la partie antérieure, la cloison, et enfin le cornet dont il ne reste plus que la portion supérieure et postérieure, c'est-à-dire celle qui est reçue entre les lames du sphénoïde. Cette portion du cornet avait l'aspect d'une tête de champignon grenue à sa surface et composée aussi d'enchondrome, mais avec moins d'ulcération du tissu osseux qu'elle puisqu'il a fallu le couper avec la cisaille de Liston en faisant effort.

La tumeur faisait donc saillie dans la fosse nasale du côté opposé. Elle s'élevait en haut jusqu'à la base du crâne, et notam-

ment du sphénoïde, logeant un de ses lobules, c'est-à-dire sa partie postérieure entre les apophyses ptérygoïdes. L'apophyse du côté malade avait à peu près complètement disparu, envahie par l'enchondrome. D'autre part la tumeur avait soulevé le plancher de l'orbite qui était comme rongé, perforé en plusieurs points, au niveau desquels la substance de la tumeur semblait faire hernie.

Si, de cette étude générale, nous passons à l'étude de la nature même de la tumeur, voici ce que nous constatons : une coupe faite dans l'intérieur démontre une résistance qui fait un peu crier le scalpel. La surface de cette coupe nous apparaît composée de grains qui lui donnent quelque analogie avec l'intérieur d'une figue ou d'une grenade. Ces grains sont d'un blanc bleuâtre tout à fait semblable par la couleur aux cartilages articulaires. Ces grains sont comme juxtaposés et réunis par un tissu cellulaire pourvu abondamment de vaisseaux, ce qui produit une marqueterie rouge et blanche assez remarquable. Une tranche mince mise sous le microscope ressemble parfaitement à une tranche de cartilage, c'est-à-dire que sur un fond amorphe et granuleux on rencontre un véritable semis de corpuscules cartilagineux disposés dans toutes les directions. Le tissu cellulaire renfermant une substance amorphe, est disposé en petites cavités contenant un ou deux globules ordinairement, rarement trois. La plupart de ces globules ont des noyaux remplis de granulations.

Il n'y a absolument aucune cellule cancéreuse. Cet examen microscopique a été fait par MM. Lebert et Dénucé.

OBSERVATION.

Tumeur de la prostate. — Rétention d'urine. — Néphrite purulente.
— Mort. — Par M. Isambert.

Le nommé Janet (Auguste), âgé de huit ans et demi, entré le 11 janvier 1853, dans le service de chirurgie de l'hôpital des Enfants, pour une rétention d'urine.

Antécédents. — Le père et la mère de l'enfant sont bien portants, s'il faut en croire celle-ci. L'enfant a été nourri par sa mère jusqu'à l'âge de six mois, puis, jusqu'à l'âge de six ans, il a été élevé à la campagne; il a été vacciné, n'a jamais eu de fièvre éruptive, ni de maladie grave.

Il y a six mois, en juillet 1852, l'enfant a été pris pendant une nuit de rétention d'urine : il a été soigné immédiatement par un médecin de Belleville, qui a prescrit des bains et des cataplasmes sur le ventre. L'enfant n'urinaît que goutte à goutte et se plaignait de picotements au bout de la verge. Lorsqu'il urinaît, il éprouvait souvent un besoin pressant d'aller à la selle et ne pouvait retenir les matières. Au bout de quelques jours, il a reçu les soins de M. Ségalas, qui l'a sondé à différentes reprises : le cathétérisme paraît avoir été difficile dès lors, car il donnait souvent lieu à l'écoulement de quelques gouttes de sang, et M. Ségalas a établi une sonde à demeure pendant six semaines ; les urines étaient troubles, glaireuses ; mais, bien que M. Ségalas eût recommandé aux parents de bien les examiner, on n'y a jamais vu de sang ni de graviers. M. Ségalas aurait, dit la mère, considéré la maladie comme le commencement d'une affection calculieuse, bien qu'il n'ait jamais pu reconnaître la présence d'un calcul. Au bout de six semaines, l'enfant paraissait guéri, il marchait bien, il urinaît facilement, bien que les urines fussent souvent glaireuses. Il est resté dans cet état pendant trois à quatre mois.

Le malade a été repris, vers le 15 décembre 1852, de dysurie, avec catarrhe vésical. M. Ségalas lui a remis une sonde à demeure ; quinze jours après, il allait déjà un peu mieux, lorsqu'à la suite de grandes fatigues éprouvées au jour de l'an, il est retombé plus malade qu'auparavant.

Le 11 janvier 1853, il a été porté à l'hôpital Saint-Louis, à la consultation de M. Malgaigne, qui l'a sondé à plusieurs reprises, et n'a pas trouvé de calcul, mais s'est étonné de voir la vessie remontée si haut dans la cavité abdominale.

L'enfant est reçu à l'hôpital des Enfants dans la journée du 11 janvier.

État actuel. — Le 12 janvier, le malade se plaint de prurit au bout de la verge ; il a bien dormi la nuit précédente, mais il n'a pas uriné. La face est pâle, la langue humide ; depuis quinze jours il a perdu l'appétit, l'épigastre n'est pas douloureux. A l'hypogastre, on voit et l'on palpe une tumeur volumineuse, arrondie, remontant à 1 ou 2 centimètres au-dessus de l'ombilic, et d'une matité complète à la percussion. Les organes génitaux sont assez développés, le gland se découvre bien.

L'enfant essaie en vain d'uriner en se mettant à genoux.

M. Guersant procède au cathétérisme ; une sonde d'argent de petite dimension est introduite sans effort , mais elle ne pénètre pas jusque dans la vessie, elle semble s'engager dans une fausse route, et donne lieu à l'écoulement de quelques gouttes de sang. Une sonde élastique, introduite sans mandrin, pénètre facilement, mais doit être enfoncée tout entière (d'une longueur de 25 centimètres environ) pour arriver jusque dans la cavité de la vessie. L'urine s'écoule d'abord, mais le jet s'arrête presque immédiatement ; la vessie ne se vide que lorsque l'on presse sur l'abdomen. La pression est douloureuse, et l'urine qui s'écoule à la fin est trouble.

On essaie de nouveau d'introduire la sonde en argent, mais elle donne lieu à un écoulement de sang, et l'on ne pousse pas plus loin l'examen.

L'enfant ne se plaint du reste d'aucune autre région, il ne tousse pas, et l'examen de la poitrine montre que la respiration se fait bien. Le pouls est à 142.

Chiendent, graine de lin, bain, cataplasmes sur le ventre, bouillons.

Le soir, rétention d'urine ; on pénètre facilement avec la sonde élastique sans mandrin ; la vessie ne se vide pas, il faut presser sur le ventre, et cette pression est très douloureuse surtout lorsque la vessie est vide.

Le 13. — Nouveau cathétérisme : l'enfant sera sondé quatre fois par jour avec la sonde élastique.

L'urine de la veille a déposé beaucoup de matière muqueuse. La vessie est très sensible ; lorsqu'elle a été vidée, elle forme encore une tumeur dure, remontant très haut dans l'abdomen, presque jusqu'à l'ombilic. La tension des muscles abdominaux empêche de palper convenablement la tumeur. L'enfant souffre beaucoup d'un prurit au bout de la verge, qui devient très pénible, surtout après chaque cathétérisme.

Même régime.

Le 14. — Le malade a vomi son bouillon la veille, la vessie est très douloureuse.

Frictions sur l'hypogastre avec l'onguent napolitain, lavement d'eau froide.

Le 15 et le 16. — Même état, si ce n'est que le malade n'a plus vomi ; il a un peu d'appétit, mais il est très faible.

Le 17. — La vessie est toujours dure, très remontée dans l'abdomen, et l'urine chargée de matières muco-purulentes. La sonde élastique pénètre facilement, mais la vessie ne se vide pas. Le malade n'urine que par regorgement. Prurit au bout de la verge; même état général; inappétence.

Le 18. — On tente en vain l'exploration avec la sonde en argent. Il y a écoulement de sang. Une sonde en gomme élastique est introduite et fixée dans la vessie, mais le malade éprouve des douleurs extrêmes et enlève la sonde.

Le 19 au matin. — On introduit de nouveau une sonde en gomme élastique, qu'on renonce à fixer à cause des douleurs qu'elle occasionne : elle pénètre assez facilement, mais on remarque qu'elle éprouve un mouvement de torsion pour arriver dans la vessie.

État général. — Le malade a la fièvre, il ne peut presque rien boire, il vomit. Grande prostration; incontinence des matières fécales; vessie douloureuse; urines troubles.

Vésicatoire camphré à la région hypogastrique.

Le 20. — A sept heures du matin, l'enfant est pris de convulsions cloniques peu étendues des bras et de la face avec perte de connaissance. A la visite, vers les neuf heures, les convulsions existent toujours; l'enfant est sans connaissance, on pratique le cathétérisme, on vide la vessie, et les muscles abdominaux étant relâchés, on peut percevoir à l'hypogastre une tumeur dure, presque grosse comme le poing.

Potion calmante, sinapismes.

A midi, le pouls est à 160, petit, dépressible, se ralentit par moments; les yeux sont immobiles; le malade est dans le coma; il n'y a plus de convulsions. Il reste dans le coma jusqu'au soir. Mort à huit heures du soir.

Autopsie. Encéphale. — Rien de particulier, si ce n'est un peu d'infiltration superficielle de la partie supérieure des circonvolutions. Rien dans les cavités cérébrales, pas d'augmentation de sérosité.

Thorax. Cœur. — Hypertrophie du ventricule gauche; quelques caillots décolorés dans le cœur droit; rien dans le péricarde ni dans les plèvres; poumons assez fortement congestionnés, un peu de pneumonie hypostatique aux bords postérieurs, quelques ganglions bronchiques indurés, congestionnés. Les organes digestifs sont sains.

La *vessie* est soulevée jusqu'à l'ombilic par une tumeur qui occupe presque toute l'excavation du petit bassin, en remontant de 2 centimètres environ au-dessus du pubis. On scie le pubis de chaque côté, et l'on enlève toute la pièce avec le rectum, les reins et les uretères. On reconnaît alors que le col et le bas-fond de la vessie sont embrassés par une tumeur grosse au moins comme le poing, et dont voici du reste les dimensions principales :

Longueur	41 centim.
Largeur (à la partie supérieure, col de la vessie)	9 —
Largeur (à la partie inférieure sous l'arcade pubienne). . .	6 —
Circonférence du point le plus volumineux	22 —

La *prostate* a complètement disparu dans la tumeur ; à la partie postérieure et inférieure de celle-ci, existe une rainure longitudinale, qui contient le canal de l'urètre, en rapport immédiat avec le rectum. Celui-ci est intact et l'urètre étant incisé dans toute sa longueur par sa paroi postérieure, ainsi que la vessie, on reconnaît à la paroi antérieure de l'urètre dans les portions membraneuses et prostatique, deux ou trois traces de fausses routes pratiquées au sein de la tumeur elle-même par les sondes métalliques précédemment employées. De plus, les parois de la vessie sont hypertrophiées : la muqueuse est assez saine, bien qu'elle soit recouverte d'une matière muco-purulente assez abondante ; mais tout le bas-fond de la vessie est occupé par un paquet de végétations ressemblant à des polypes muqueux. En incisant une de ces végétations, on voit qu'elles sont constituées par un tissu mou, lardacé, d'apparence cérébriforme. Quant à la tumeur principale, on trouve, en y pratiquant une coupe longitudinale, un tissu blanc lardacé, contenant des noyaux arrondis assez volumineux, dont les uns sont durs, résistants, fibreux, les autres plus mous, d'apparence encéphaloïde. Autour de la tumeur principale, on trouve dans le bassin plusieurs petites masses de même nature, qui n'adhèrent à la tumeur principale que par du tissu cellulo-fibreux. Les uretères sont distendus par de l'urine.

Les *reins* sont hypertrophiés : plus volumineux que ceux d'un adulte. Le bassin et les calices sont hypertrophiés, pleins d'une urine muco-purulente, la muqueuse est injectée, couverte en quelques points de fausses membranes. En pratiquant une

coupe longitudinale, on voit s'écouler une sanie rouge violette, analogue à la boue splénique et mêlée de pus : toute la substance du rein est enflammée et suppurée, et présente plusieurs collections purulentes dont les parois sont tapissées de pseudo-membranes : la surface des reins est d'un rouge vineux, marbrée de taches et d'étoiles blanc jaunâtre.

Cette autopsie rend compte de tous les symptômes présentés pendant la vie. Rétention d'urine, état mucq-purulent de celle-ci, impossibilité de pénétrer avec les sondes métalliques, longueur extrême de la sonde élastique qu'on était d'obligé d'introduire, douleurs lancinantes pendant le cathétérisme, persistance d'une tumeur abdominale après que la vessie était vidée, enfin la difficulté de contenir les matières fécales dès que celles-ci étaient arrivées dans le rectum.

L'examen microscopique de ces tumeurs a été fait par MM. Broca et Robin, qui n'ont trouvé nulle part l'élément cancéreux, mais seulement du tissu fibro-plastique et en quelques points un tissu mal déterminé assez analogue à des fibres musculaires dégénérées, sans qu'il soit possible cependant d'y préciser cet élément, non plus que la substance propre de la prostate.

Ont été nommés pendant le mois de mars :

Membres adjoints :

MM. BUCQUOY, PIBRET, GALLARD, GAUJOT, ARRACHARD, PROST.

Membre correspondant :

M. le docteur HEIFELDER fils, d'Erlangen.

Membre titulaire :

M. Louis BLIN.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

XXVIII^e ANNÉE.

Bulletin N^o 4. — Avril 1853.

RÉDIGÉ

PAR M. FOUCHER, SECRÉTAIRE.

SOMMAIRE.

Extrait des procès-verbaux des séances de la Société.

1. Ulcération de la muqueuse de l'estomac. — 2. Hypertrophie du cœur. — 3. Ulcérations de l'intestin grêle. — 4. Cancres multiples. — 5. Atrophie d'une vésicule séminale. — 6. Enchondrome du crâne. — 7. Abscès de la prostate. — 8. Fracture du crâne et de la colonne vertébrale. — 9. Épanchement pleurétique. — 10. Caillot sanguin du cœur. — 11. Plaques osseuses de la dure-mère. — 12. Anomalie du nerf buccal. — 13. Cancer de l'estomac. — 14. Os sésamoïde de l'articulation du coude. — 15. Ulcérations de la langue. — 16. Apoplexie du centre de la protubérance cérébrale. — 17. Néphrite calculeuse. — 18. Absence de la cavité vésicale. — 19. Rétroversion de l'utérus. — 20. Entérite colite. — 21. Perte de substance du pariétal gauche. — 22. Affection du coude. — 23. Transfusion du sang. — 24. Ostéite du tibia. — 25. Appendice de l'intestin grêle. — 26. Kystes de la rate.

Observations. — Grossesse extra-utérine, hématocele recto-utérine ; péritonite ; mort, par M. Gaube, interne des hôpitaux. — Anévrisme de la crosse de l'aorte ; extrait de l'observation de M. Prost.



PRÉSIDENCE DE M. CRUVEILHIER.

M. Barth montre plusieurs pièces :

1. Le tube digestif d'un individu empoisonné par l'acide sulfurique.

Un maçon, âgé de vingt-six ans, avala, le 11 mars, 40 grammes d'acide sulfurique. Il fut pris de vomissements ; on lui donna de l'eau de magnésie. Le 13, il entre à l'hôpital, offrant

tous les signes de l'empoisonnement par les acides concentrés, et rejetant par la bouche des lambeaux noirâtres irréguliers, frangés : on ne tarda pas à constater tous les signes d'une pleuro-pneumonie, le ventre devint fort douloureux et le malade mourut le 27 mars. La plus grande partie de la muqueuse buccale est dépouillée de son épithélium. Dans la partie moyenne de l'œsophage, la muqueuse est détruite en entier, les fibres musculaires sont à nu, ce canal semble élargi en ce point. L'estomac offre une altération analogue sans taches ecchymotiques ; ça et là on trouve encore quelques îlots de membrane muqueuse, on aperçoit à la surface interne de l'organe de nombreux et petits orifices vasculaires par lesquels suintait du sang. La région pylorique offre quelques mamelons à saillies lenticulaires, polypiformes, altération dont on a présenté plusieurs exemples ici et que l'on a rattachée à l'abus des liqueurs alcooliques. Le poumon offre un état grenu et de petites ondulations plastiques fibrineuses éparses ça et là ; ce que l'on ne trouve pas ordinairement. Le cœur de ce sujet est bifide à sa pointe dans l'étendue de près de 3 centimètres ; on peut s'assurer que cette division correspond au point d'union des deux ventricules, et que les fibres musculaires et la cavité ventriculaire se prolongent dans chaque pointe.

2. M. Barth fait voir un cœur hypertrophié.

Un homme est entré à l'hôpital avec les signes d'une affection organique du cœur, les symptômes se sont aggravés ; on pratiqua quelques mouchetures aux membres inférieurs, il survint une escarre au sacrum. La région précordiale était mate à la percussion dans une grande étendue, on entendait un bruit de souffle au premier temps. Le cœur a un volume considérable, les cavités, surtout celle du côté gauche, sont largement dilatées, les orifices, très larges, pouvant recevoir les cinq doigts réunis, sont libres. Le bruit de souffle s'explique par la dilatation des orifices qui amène une insuffisance valvulaire. Ce fait confirme donc notre opinion. Peut-être pourrait-on objecter cependant ici que les valvules se sont accrues en proportion de la dilatation des orifices. Le foie offre dans un de ses points une teinte rougeâtre, il est mou, spongieux, ce qui rappelle l'aspect des corps caverneux ; les granulations semblent ne pas exister, cela a lieu dans les apoplexies du foie.

3. Un malade offrait tous les symptômes de la *fièvre typhoïde adynamique* ; une douleur, puis une tumeur fluctuante se développèrent au-devant de l'épaule ; on pensa à un abcès dans une bourse séreuse, on fit une ponction qui donna issue à un liquide semblable à la synovie. Ce malade convalescent fut pris de variole, puis de diarrhée dysentérique et mourut ; on trouva sur l'intestin grêle des cicatrices planiformes d'ulcères typhoïdes. Le rectum offre un grand nombre d'ulcérations arrondies, taillées à pic, autour desquelles la muqueuse est décollée.

4. M. Barth montre encore des *cancers multiples* trouvés chez une femme de soixante-six ans.

Cette malade, dont la constitution était très altérée, présentait à l'épigastre une tumeur soulevée par des battements sans expansion ; à l'autopsie, on vit que cette tumeur était une portion du foie cancéreux soulevée par les battements de l'aorte. Le poumon, l'estomac, les ganglions bronchiques sont cancéreux. On trouve dans le foie des points de matière jaunâtre, fibrineuse ayant de l'analogie avec les tubercules.

M. Gaillet. Cette matière est le produit de l'altération phymatoïde du cancer, ce n'est pas de la fibrine. Elle est formée de cellules ayant subi l'altération granulo-graisseuse.

M. Barth. Il est incontestable qu'il se forme dans le cancer des épanchements sanguins ; c'est ce qui rend compte de l'accroissement subit du cancer : ces hémorrhagies se font par rupture. Je ne nie pas qu'on ne puisse rencontrer dans leur intérieur des cellules cancéreuses altérées.

M. Gaillet. J'ai examiné le testicule présenté par M. Dolbeau, dans la dernière séance, je n'y ai trouvé que des cellules sans nucléoles, et des granulations grasses ; je crois qu'il en est de même ici.

5. M. Barth fait voir les *organes génitaux* provenant d'un homme mort de *méningite*.

Le testicule droit est normal ; celui du côté gauche, retenu dans le canal inguinal, est très atrophié, son volume n'excède pas celui d'une noisette. La vésicule séminale du côté correspondant a conservé ses dimensions normales, peut-être même son volume excède-t-il celui de la vésicule du côté gauche.

6. M. Millar montre la tête d'un chat qui est le siège d'une énorme tumeur qu'il croit de nature encéphaloïde.

M. *Foucher*. J'ai eu occasion d'examiner la pièce que nous montre M. Millar : c'est un *enchandrome* implanté sur la partie latérale droite du crâne, et ayant envahi toute la cavité orbitaire du même côté. L'examen microscopique fait par M. Gaillet ne permet pas le moindre doute sur la nature de cette tumeur si volumineuse.

M. *Bidart* présente un *corps fibreux de l'utérus*, recueilli sur une femme de soixante-dix-neuf ans, morte de hernie étranglée.

Ce corps fibreux, de la grosseur d'un œuf, d'une forme lobulée, fait une saillie assez considérable sur la face antérieure de l'utérus. M. *Bidart* montre que l'on peut l'énucléer en partie en déchirant la paroi interne de l'utérus. L'intérieur de ce corps fibreux a l'apparence du tissu osseux.

7. M. *Vautier* présente les *organes génitaux* d'un homme mort dans le service de M. Nélaton.

La prostate était volumineuse, on avait cru à l'existence d'un calcul. Après trois ou quatre jours d'un séjour à l'hôpital, cet homme fut pris de symptômes de cystite et mourut.

A l'autopsie, on trouva les reins très volumineux, les bassinets très distendus. Du côté droit, les calices sont dilatés et remplis d'une urine trouble, purulente; l'urètre présente une sorte de valvule incomplète. A gauche, l'urètre est très dilaté; on trouve dans le tissu du rein de petits abcès disséminés en plaques. Les parois de la vessie sont hypertrophiées, la muqueuse, épaisse d'un demi-centimètre, est d'une couleur noire ardoisée. La prostate et le tissu cellulaire périprostatique sont remplis de pus; les vésicules séminales pleines de pus sont adhérentes aux tissus voisins. Les conduits déférents sont sains; la prostate est hypertrophiée, surtout dans son lobe moyen, qui formait une sorte de valvule contre laquelle venait archouter la sonde dans le cathétérisme.

8. M. *Arrachard* présente une *fracture du crâne* et de la *colonne vertébrale*, dont il résume ainsi les principaux caractères :

Chute de la hauteur d'un troisième étage. — Plaie de tête à la partie supérieure gauche de la région occipitale. — Division des téguments jusqu'à l'os qui permet de constater l'existence d'une fêlure. — Coma, paralysie des membres inférieurs, du rectum et de la vessie. — Douleur vive à la région lombaire. — Gibbosité anormale peu saillante à ce niveau.

Le malade meurt au bout de huit jours ; le coma a persisté pendant tout ce temps, la peau a présenté une teinte ictérique pendant les quatre derniers jours. — Cinq saignées de 300 gr. — Cathétérisme deux fois par jour.

Autopsie. — A la partie postérieure des hémisphères, épanchement sanguin abondant entre la dure-mère et les os, une fracture commençant au-devant du trou condylien antérieur gauche, remontant le long du sinus caverneux, rejoint les sutures temporo et pariéto-occipitales qui sont écartées, arrive à l'angle supérieur et postérieur du pariétal droit et s'étend en suivant la même direction jusque vers le milieu du pariétal gauche.

Au niveau du pariétal droit, la table interne a cédé et fait à l'intérieur du crâne une saillie d'un demi-centimètre pour se traduire en dehors par une saillie correspondante. Pas de lésion appréciable dans le cerveau et les membranes. Fracture de la onzième vertèbre dorsale ; séparation complète de l'apophyse épineuse, fracture oblique du corps d'arrière en avant et de haut en bas, chevauchement prononcé, arrachement des ligaments latéraux ; le ligament extérieur reste presque intact. Forte contusion de la moelle à ce niveau, compression, ramollissement, pas de déchirure.

Le foie ne présente aucune altération.

9. M. Canuet rapporte l'observation suivante : Un enfant de deux ans et demi est admis dans le service de M. Bouvier ; il est atteint de diarrhée, d'affaiblissement général, de toux et présente des *abcès multiples sur le corps*, dont un surtout assez volumineux dans la région lombaire. Ces abcès ont été ouverts et ne sont pas revenus. L'état général semblait amélioré, lorsqu'il y a quinze jours il survint une douleur du côté gauche : on constata l'existence d'un épanchement très considérable. Du côté droit, l'auscultation fit entendre des râles muqueux seulement dans la der-

nière période de la maladie. L'autopsie montra un épanchement de sérosité purulente dans la plèvre gauche, avec des fausses membranes; le poumon du même côté présentait une teinte violacée, il était revenu un peu sur lui-même; on constata l'absence de crépitation. Le poumon droit présentait ce que M. Legendre a décrit sous le nom d'*état fœtal*; ce poumon offrait une teinte rouge, violacée par plaques, avec un peu d'induration, mais sans aucun signe de crépitation. L'insufflation des deux poumons faite devant la Société, en rendant au poumon son volume normal, a montré la perméabilité de son tissu et a fait disparaître sa coloration anormale.

10. M. Mainyault montre un caillot sanguin adhérent dans le ventricule droit du cœur. La pièce a été recueillie sur un enfant de neuf ans qui a succombé à une bronchite capillaire très intense survenue brusquement, et qui a amené la mort en quatre jours. Cet enfant a présenté des symptômes d'asphyxie; la face était violette, les lèvres bleuâtres, les vaisseaux du cou, gonflés par le sang, présentaient une espèce de poulx veineux. Le poulx était d'une fréquence excessive, 160 battements; sa rapidité et sa petitesse sont devenues telles qu'il n'a plus été possible de le compter; cependant on n'a pas constaté d'intermittence, il présentait seulement des irrégularités dans sa force.

On voit dans le ventricule droit un caillot décoloré, formant une espèce de cloison verticale, qui occupe toute la hauteur du ventricule et se prolonge dans l'artère pulmonaire, où il reprend une teinte d'un rouge noirâtre; il adhère fortement aux cordages tendineux.

M. Gaillet fait remarquer que la séreuse au-dessous du caillot est parfaitement saine, qu'il n'y a pas d'arborisations sur le caillot; que jusqu'à présent on n'a pas trouvé de vaisseaux dans les caillots qui obturent les artères.

11. M. Boulard fait voir des plaques osseuses de la dure-mère trouvées sur le cadavre d'un homme de soixante ans environ. Elles existaient de chaque côté au niveau du sillon longitudinal supérieur; elles avaient à peu près 2 centimètres en largeur, terminées par des aiguilles osseuses fines ressemblant aux fibres de la dure-mère ossifiées. Les membranes sous-jacentes étaient parfaitement intactes; il y avait seulement du côté gauche un peu de dépression des circonvolutions cérébrales.

M. *Parmentier* rappelle qu'il a présenté une pièce semblable en 1849 : il trouva sur un enfant de treize à quatorze ans, à la face interne de la dure-mère, deux corps durs de la grosseur d'une noisette, qui contenaient une matière crayeuse dans leur intérieur.

12. M. *Gaillet* présente un cas d'anomalie du nerf buccal, trouvée chez un enfant de quatre ans. Ce nerf, assez volumineux, naît directement de la circonférence du ganglion de Gasser, à égale distance des nerfs maxillaires supérieur et inférieur, et ne présente aucune connexion avec la petite racine du trijumeau, qui se rend en totalité à ce dernier nerf, comme on peut le voir facilement en renversant en avant la grosse racine du trijumeau et son ganglion. Le nerf buccal sort ensuite isolément de la boîte crânienne par un trou spécial, creusé dans la base de la grande aile du sphénoïde, placé à égale distance des trous, grand, rond et ovale. Parvenu à la boîte du crâne, il se place entre la face inférieure de la grande aile du sphénoïde, et le bord supérieur du muscle ptérigoldien externe, gagne la face antérieure de ce muscle et présente alors la distribution habituelle. Je n'ai pas besoin de faire ressortir l'importance de ce fait qui, comme on le voit, est entièrement en faveur de l'opinion qui regarde le nerf buccal comme exclusivement sensitif. Je ne sache pas que des faits semblables à celui-ci aient été publiés; les quelques recherches que j'ai faites à ce sujet ont été sans résultat.

La même pièce nous présente encore une anomalie du nerf myloïdien. En effet, ce nerf; au moment où il se sépare du nerf dentaire inférieur, est trois ou quatre fois plus volumineux qu'à l'habitude. Il présente son trajet habituel dans son sillon sur la face interne de la branche montante de la mâchoire inférieure, jusqu'au niveau du bord postérieur du muscle myloïdien; là il se divise en deux branches, l'une beaucoup plus petite qui se jette dans le muscle myloïdien et le ventre antérieur du digastrique; l'autre, quatre fois plus volumineuse, qui se jette complètement sur le nerf lingual et se confond avec lui. Ce dernier filet, qui, jusqu'à M. Sappey, n'avait pas été décrit dans les livres d'anatomie, serait constant d'après ce dernier auteur; mais beaucoup moins volumineux que chez notre sujet. Je dois ajouter cependant que c'est la seule fois que je le rencontre dans mes dissections.

13. M. *Gaube* montre à la Société un *cancer de l'estomac* ayant donné lieu aux symptômes d'un anévrisme de l'aorte abdominale.

Il y a une douzaine d'années, vive douleur épigastrique, soulagée par des émissions sanguines. En 1848, selles sanguines, fétides, pendant deux mois, avec conservation du teint et des forces. En octobre 1852, nouvelle douleur sous les fausses côtes gauches près de la ligne médiane, avec selles sanguinolentes moins odorantes qu'en 1848.

Le malade souffrait encore en janvier 1853, quand il est pris d'une gangrène du cinquième orteil du pied droit, qui tombe, le 15 février, à la Clinique, et se cicatrise. Le malade prétend qu'on avait constaté des battements dans les artères du membre, en même temps qu'une tumeur épigastrique qu'on aurait caractérisée du nom d'*anévrisme*. Les douleurs le forcent à rentrer de nouveau à l'hôpital le 2 avril. Jamais il n'a eu de vomissements.

2 avril. Amaigrissement considérable sans œdème; décubitus gauche impossible; 84 pulsations; artères des membres ossifiées; respiration facile sauf quand il marche.

Thorax. Résonnance exagérée en avant et en arrière; râles sibilants; battements du cœur faibles, sans bruit de souffle; cœur augmenté de volume; langue humide sans enduit ni amertume; soit plutôt que faim.

Abdomen. Foie abaissé, de volume normal; sensibilité très vive de la région épigastrique; on y voit une tumeur du volume d'un gros œuf de dinde se perdant sous les fausses côtes qu'elle déborde en bas de deux travers de doigt; la tumeur est dure, arrondie, présente dans toute son étendue des battements. Chaque soulèvement est suivi d'un mouvement de retrait; matité au niveau de la tumeur; double bruit de souffle sur la tumeur; au-dessus d'elle, en appuyant le stéthoscope sur les fausses côtes qui touchent à la tumeur, bruit de souffle vibrant qui semble résulter de la pénétration du sang dans une cavité; ce bruit se renforce beaucoup quand on abaisse fortement la tête du malade. La partie inférieure de l'aorte abdominale, devenue appréciable, semble résistante sous le stéthoscope et donne un léger bruit de souffle qui domine à mesure qu'on s'éloigne de la tumeur; matité appréciable en arrière sous le côté gauche de la colonne vertébrale, au niveau de la tumeur; on y entend un bruit de souffle.

Le malade a une coloration jaune-paille cachectique qu'il fait remonter à cinq ou six mois, ainsi que la perte de ses forces et l'amaigrissement dont il est atteint.

Le 14. — Le malade s'est affaibli de plus en plus, après un ou deux jours de mieux. Il meurt sans souffrir davantage, sans changement dans l'expectoration. Le pouls est resté fréquent et petit; il a mangé jusqu'au 14 au matin. Il n'avait pris que des toniques.

Autopsie. Le poumon droit est complètement hépatisé; hépatisation grise du lobe supérieur rouge au lobe inférieur. Le cœur, hypertrophié, porte les traces d'une péricardite ancienne.

Aorte saine dans toute son étendue, assez fortement renflée au niveau de la courbure.

Foie de volume normal, avec quelques masses cancéreuses du volume d'une châtaigne dans le lobe droit; le lobe gauche adhèrent en outre à la petite courbure de l'estomac: ce viscère, dont les deux orifices sont à l'état sain, présente des plaques de cancer encéphaloïde à la petite courbure surtout et à la paroi postérieure. La partie inférieure de l'aorte est d'un très petit calibre; les artères hypogastriques offrent au plus le volume d'une plume d'oie. La fémorale du côté droit est de calibre normal et ses parois crétacées. La pédieuse du même côté a son canal plutôt augmenté qu'oblitéré et les parois en bon état.

Quelques ganglions cancéreux dans le mésentère.

14. M. *Boulard* met sous les yeux de la Société une pièce qu'il considère comme un exemple d'*os sésamoïde de l'articulation huméro-cubitale*. Le cadavre d'un jeune homme de vingt-quatre ans, enfermé longtemps comme prisonnier, était livré aux dissections de l'Ecole pratique; en opérant la désarticulation du coude, le couteau de l'opérateur fut arrêté par une altération singulière de l'article, lésion considérée par les uns comme une fracture ancienne de l'olécrâne avec pseudarthrose; par d'autres comme un os sésamoïde. On voit à la partie postérieure et supérieure du cubitus un os de forme triangulaire, ayant sa base dirigée en haut et se continuant par sa partie supérieure libre avec le tendon du muscle triceps huméral; en bas, cet os se termine en pointe un peu recourbée, convexe en arrière; enfin, à son extrémité pyriforme se trouve un deuxième petit os articulé solidement avec le plus volumineux. Ce dernier offre la

structure d'un os court; il est relié à la partie supérieure du cubitus par une capsule pourvue d'une véritable synoviale; les deux surfaces en contact et opposées ne sont pas environnées de cartilage, mais d'un simple tissu fibreux.

M. Gaillet ne partage pas l'opinion de M. Boulard sur la nature de cet os situé à la partie supérieure et postérieure de l'articulation du coude: il y voit une ancienne fracture de l'olécrâne terminée par pseudarthrose. En effet, la lésion siège dans le point habituel des fractures olécrâniennes; ces surfaces, comme on le sait, se réunissent souvent très étroitement: les surfaces opposées sont ici, comme dans les anciennes solutions de continuité, des os recouverts uniquement de tissu fibreux et nullement de cartilage; c'est ce que l'on rencontre également dans les productions osseuses nouvelles développées autour des articulations dans l'arthrite sèche. M. Gaillet insiste enfin sur ce fait que si c'était un os sésamoïde, le tendon du triceps se prolongerait sous forme d'un faisceau fibreux épais, une sorte de tendon rotulien, jusqu'à l'extrémité supérieure du cubitus, ce qui n'a pas lieu ici.

M. Boulard persiste à voir dans cette lésion un exemple d'os sésamoïde. Ce sujet, dit-il, n'avait que vingt-quatre ans, et l'olécrâne s'ossifie tard, et il faut cependant admettre que la fracture, si elle existe, date de plusieurs années au moins: comment alors expliquer cette ossification complète du fragment supérieur? La structure de l'os nouveau, sa régularité de structure, l'absence de tassements par places du tissu spongieux sont encore en opposition avec l'hypothèse d'une pseudarthrose; on ne trouve en effet nulle part d'altération du tissu spongieux. Quant à l'absence de cartilage entre les surfaces opposées, on ne peut pas en conclure contre mon opinion. En effet, dans l'articulation du genou, on voit un point articulaire de sa surface rotulienne n'être revêtu que de tissu fibreux. L'objection de M. Gaillet relative à la disposition du tendon du muscle triceps ne prouve rien contre mon opinion; ce tendon s'insère normalement à l'extrémité supérieure libre de l'olécrâne et se continue en bas avec le muscle en cône; dans ce point, par conséquent, le mode de réunion articulaire a pu être une capsule cellulo-fibreuse beaucoup plus qu'un véritable tendon analogue au rotulien.

M. Cruveilhier croit plutôt ici à une fracture ancienne qu'à un os sésamoïde de l'articulation du coude.

15. *M. Duménil.* Je mets sous les yeux de la Société une *altération grave et curieuse de la langue*; elle a été trouvée sur le cadavre d'un jeune homme de dix-huit ans mort à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Bazin. Il y a deux ans, cet homme vit se développer une tumeur du sac lacrymal qui fut ouverte, dégénéra rapidement et finit par se transformer en une vaste ulcération occupant toute une joue : six mois avant sa mort, il présenta sur les deux amygdales des ulcérations griâtres, devenant de plus en plus profondes et gagnant la surface supérieure de la langue; plusieurs fois le malade fut atteint d'accidents de glossite tellement intenses qu'il pouvait difficilement fermer la bouche. Pendant chaque attaque de glossite, on voyait la langue se recouvrir de plaques blanchâtres qui, en se détachant, permettaient d'apercevoir au dessous d'elles de vastes ulcérations gagnant graduellement en étendue. Dans les derniers jours de sa vie, des hémorrhagies se manifestèrent à la surface d'un vésicatoire établi dans un point du corps du malade et sur la joue par-dessus les autres ulcérations. Pendant l'existence de ce jeune homme l'examen physique du thorax, pratiqué à plusieurs reprises, n'avait fait découvrir aucune trace de lésion pulmonaire. Le malade succomba. A l'autopsie, on trouva des tubercules au sommet des deux poumons; de la pneumonie hypostatique; rien dans les ganglions mésentériques et dans les autres organes. La face supérieure de la langue est criblée d'ulcérations inégales, à bords anfractueux grisâtres; la muqueuse est partout détruite, excepté dans une surface de la grandeur d'une pièce de 1 franc, à la partie antérieure du côté droit de la langue. A la coupe de l'organe, on trouve dans sa profondeur une ulcération profonde du tissu musculaire qui est d'un gris jaunâtre, et contient deux masses semi-molles, jaunâtres, grumelenses, qui ne présentent cependant pas l'aspect du tubercule. En interrogrant l'état de santé des parents du malade, on apprend que sa mère est morte après avoir eu des hémoptysies répétées; un de ses frères a eu une suppuration des ganglions du col; enfin, le malade lui-même pendant le cours de sa maladie a été atteint d'une suppuration des ganglions de la région cervicale.

16. *M. Barth* fait voir une *apoplexie du centre de la protubérance cérébrale*.

Bideau (Léon), âgé de quarante-sept ans, cocher, est apporté

le 13 avril 1853, à 8 heures du matin, à l'hôpital Beaujon, par plusieurs de ses camarades qui le déposent sans laisser aucun renseignement ; il paraîtrait seulement que B... aurait été frappé de sa maladie le matin même ayant le verre en main, et un autre cocher placé comme malade dans notre salle, raconte que B... est un buveur adonné au vin et souvent ivre du matin au soir. A huit heures et demie du matin, nous trouvons le malade dans l'état suivant : c'est un homme d'un tempérament sanguin, pléthorique, d'une forte constitution ; la face est congestionnée ; le malade est dans un état comateux profond, l'intelligence complètement abolie, la parole perdue, les membres dans un état de résolution complète ; la sensibilité générale est complètement abolie, l'usage des sens également ; les muqueuses nasale et oculaire insensibles. Les pupilles très contractées, immobiles ; la respiration inégale, tantôt suspendue pendant quelques secondes, tantôt haute et entrecoupée, par moments stertoreuse et accompagnée d'un rouflement extrêmement bruyant. Le poulx est large, dur et lent. J'ordonne une saignée au bras de trois palettes, douze sangsues derrière les oreilles, un lavement purgatif, une application de sinapismes aux membres inférieurs. A trois heures du soir, M. Trastout, notre interne, trouve le malade dans l'état suivant : Même état général, la face est congestionnée, presque cyanique, les globes oculaires exécutent quelques mouvements. La saignée du matin a produit peu de sang, on en pratique une deuxième de 300 grammes, et on ordonne une nouvelle application de sangsues derrière les oreilles. Mort à cinq heures et demie du soir. Autopsie faite le 15 au matin. Congestion sanguine des vaisseaux des méninges, plaques jaunâtres disséminées dans les artères qui rampent à la base du cerveau ; un peu plus de sérosité dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien que dans l'état normal ; congestion de la substance cérébrale caractérisée par de nombreuses gouttelettes sanguines qui s'échappent à l'incision ; coloration jaunâtre de la surface convexe de l'hémisphère gauche, sans injection notable ni épanchement, ni ramollissement évident, ni adhérence anormale de la première. Peu de sérosité dans les ventricules latéraux. Dans le centre de la protubérance, épanchement sanguin en partie liquide, en partie coagulé, plus gros qu'une noisette, s'étendant jusque dans les pédoncules cérébelleux, ayant fait irruption dans le quatrième ventricule, de ma-

nière à soulever et décoller légèrement à sa partie inférieure la membrane arachnoïde qui se ferme normalement. Quelques petits caillots ont pénétré par l'aqueduc de Sylvius jusque dans le troisième ventricule. Cœur un peu plus volumineux que celui d'un homme de la même taille et du même âge ; orifices libres ; valvules souples, épaissement assez notable des parois du ventricule gauche et de la cloison interventriculaire ; caillots noirs remplissant les oreillettes et une partie des ventricules. L'ensemble des symptômes, la paralysie double, égale des deux côtés, faisait prévoir une hémorrhagie du centre de la protubérance ; il paraîtrait que cette hémorrhagie est plus facile à diagnostiquer que celle des parties latérales de la protubérance.

M. *Cruveilhier* trouve très judicieuse et partage complètement la dernière opinion émise par M. Barth.

17. M. *Duclos* présente un cas de *néphrite calculeuse*.

Une femme âgée de soixante-huit ans, chiffonnière, adonnée aux boissons alcooliques, fut admise à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Guérard. Elle accusait de la dysurie, des hématuries répétées, des douleurs rénales survenant par moments ; elle nous montrait de plus un calcul qu'elle disait avoir rendu spontanément. Quand nous examinâmes les urines, elles n'offraient rien d'anormal. Pendant son séjour à l'hôpital, le 11 avril, la malade fut atteinte d'érysipèle de la face et succomba. A l'autopsie, on trouve le rein gauche hypertrophié, ayant 5 pouces de hauteur ; le droit, de volume normal, est transformé en une poche à parois membraneuses dans laquelle on ne reconnaît aucune trace des deux substances normales du rein ; les calices divisant cette poche en plusieurs cavités inégales communiquent les unes avec les autres. Dans l'urètre du côté gauche dilaté, on trouve à deux pouces au-dessus de son orifice vésical, un calcul permettant encore à l'urine de parcourir ce canal excréteur. Au niveau de ce point on remarque une inflammation du péritoine ; des adhérences existent entre l'utérus, la vessie et le rectum. Correspondant avec la péritonite locale existe une oblitération de l'artère iliaque externe gauche qui est bouchée par un caillot blanchâtre, dense et résistant adhérent aux parois ; au-dessous de cette oblitération, le vaisseau est revenu sur lui-même et n'a pas le quart de son diamètre normal. Les plexus veineux entourant le col vésical étaient enflammés. La vessie était assez grande,

l'urètre dilaté, permettait l'introduction du doigt. Pendant la vie on n'avait pu par le toucher vaginal ou rectal sentir le calcul placé dans la partie inférieure de l'urètre.

18. M. *Titon* montre le cadavre d'un enfant né à terme et mort cinq jours après sa naissance, chez lequel on observe une *absence complète de cavité vésicale*.

Les artères ombilicales sont normales. Extérieurement on reconnaît la verge sur la face supérieure de laquelle existe une gouttière résultant de l'adossement des deux corps caverneux. Les testicules sont descendus dans le scrotum. Au-dessous de la verge, sur ses deux parties latérales, existent deux petits orifices en cul-de-poule de chaque côté qui correspondent à l'ouverture des urètres.

Les deux os pubis sont écartés; les deux uretères, du volume d'une plume à écrire, au lieu de s'enfoncer dans la cavité pelvienne pour gagner la vessie, convergent et vont s'ouvrir dans les deux orifices en cul-de-poule signalés plus haut. La vessie manque complètement; le cordon suit son trajet normal et se rend aux vésicules séminales qui existent et sont conformés comme à l'état ordinaire, les capsules surrénales sont volumineuses. Le foie et les autres organes étaient normaux.

19. M. *L. Blin* montre une *rétroversion utérine* trouvée sur le cadavre d'une femme morte d'hémorrhagie cérébrale.

Le cul-de-sac recto-utérin est effacé; l'utérus pressé sur la face antérieure du rectum. Des adhérences celluluses anciennes unissent le rectum, l'utérus et ses annexes. Un petit corps fibreux existait dans le tissu de l'utérus vers son fond et près de sa face antérieure. La lèvre antérieure du col est engorgée et volumineuse. Les deux ovaires sont atrophiés, un kyste séreux du volume d'une noisette était implanté sur le pavillon de l'une des trompes.

M. *Gallard*. On serait tenté d'attribuer aux adhérences existant entre la face postérieure de l'utérus et le rectum la déviation de l'organe, cependant il n'en est rien. L'engorgement de la lèvre antérieure, le corps fibreux situé dans la paroi antérieure de l'utérus auraient dû agir dans un sens opposé. M. Gallard attire enfin l'attention sur l'état du col qui est dilaté; cette femme a probablement eu des enfants, néanmoins il faut ajouter que cette dilatation existe généralement dans les rétroversions.

20. M. Leudet met deux pièces sous les yeux de la société.

1° Une *entérite du gros intestin*.

Cette lésion n'offre pas exactement ses caractères habituels. Dans le rectum dont la muqueuse et les parois sont considérablement épaissies et d'une couleur grisâtre, uniforme, on voit plusieurs plaques saillantes formées par des épaississements lisses de la membrane muqueuse. Ces saillies, limitées et bien circonscrites, sont uniquement constituées par de la muqueuse hypertrophiée.

21. 2° Une *perte de substance de la partie postérieure du pariétal gauche*.

Cette pièce provient d'un homme de trente-six ans qui a succombé dans le service de M. Rayer, aux suites d'une hypertrophie du cœur et à une tuberculisation pulmonaire. Cet homme, exerçant la profession de peintre, était tombé, il y a seize ans, du haut d'une échelle et s'était fait une plaie de tête; il fut forcé de prendre le lit et un chirurgien lui appliqua sur la perte de substance une lamelle d'argent. Tels sont les seuls renseignements que nous ayons pu recueillir après la mort du malade, celui-ci ne nous ayant jamais entretenu de cet accident qui n'avait aucun rapport avec la maladie qui l'amenait à l'hôpital. A l'autopsie nous trouvâmes la peau du crâne adhérente ainsi que les enveloppes molles de la boîte crânienne au niveau de la perte de substance. Celle-ci a au moins la grandeur d'une pièce de 5 francs, siège sur la partie postérieure du pariétal gauche; ses bords sont inégaux et se prolongent en lamelles minces et irrégulières sur les bords de la solution de continuité. La lamelle membraneuse qui bouche l'ouverture était blanchâtre, par la dessiccation elle est devenue transparente et paraît parsemée d'une fine poussière calcaire qui serait devenue probablement avec le temps le point de départ d'une ossification. Cette membrane se continuait avec le périoste externe, et n'adhérait nullement à la dure-mère, qui était saine, de même que la surface du cerveau.

M. Parmentier rapporte avoir vu sur un chien auquel on avait pratiqué l'opération du trépan, une perte de substance de l'os bouchée par une membrane, sans trace aucune d'ossification.

22. M. Fourier présente une *affection du coude gauche*, trouvée sur un sujet de quarante-cinq ans. L'avant-bras était fléchi à angle droit sur le bras; les surfaces articulaires sont notablement

déformées ; la petite tête du radius, faisant saillie en dehors, ne repose plus sur l'humérus que par sa portion interne taillée obliquement ; l'olécrâne, déjeté en dedans, présente à sa face articulaire une gouttière profonde de laquelle partent divers trousseaux fibreux qui unissent l'os à l'humérus. La gouttière de la trochlée humérale est profonde, surtout dans sa partie postérieure.

23. M. Arrachard communique les détails suivants sur une *opération de transfusion* faite par M. Maisonneuve.

Morel (Jean), soixante-cinq ans, subit le 12 avril, pour un cancer, la désarticulation de la mâchoire inférieure. On fit la section et la ligature de la carotide externe pendant l'opération.

Le 22. — Dans la nuit, hémorrhagie qui s'arrête d'elle-même sans syncope après onze heures, elle ne se renouvelle pas. Le malade est exsangne ; le pouls insensible. On pratique la transfusion avec un instrument nouveau, composé d'une poire en caoutchouc qui doit faire l'office d'une pompe aspirante et foulante, suivant qu'on la laisse dilater ou qu'on la comprime. A l'une de ses extrémités est adapté, par l'intermédiaire d'un tube en verre, un entonnoir destiné à recevoir le sang ; à l'autre extrémité, une canule en ivoire qui doit être introduite dans la veine. L'entonnoir et la canule sont séparés de la poire par deux soupapes destinées à empêcher le reflux du sang.

On dissèque la veine céphalique et l'on y fixe la canule. On saigne, comme d'habitude, un malade arrivé le matin pour une contusion ; on applique l'entonnoir sur la saignée et on fait fonctionner l'appareil ; lorsqu'il est rempli de sang, on l'ajuste sur la canule et l'on injecte le sang dans les veines du malade. L'entonnoir ne s'appliquant pas exactement sur le bras de celui qui fournit le sang, ce liquide est en contact avec l'air.

Le malade opéré ne parut rien éprouver autre chose à l'abord qu'un peu de chaleur, puis la respiration s'accéléra, des mouvements comme épileptiformes se manifestèrent, le pouls devint insensible, la respiration de plus en plus difficile, et finit par se suspendre brusquement. L'injection était déjà terminée lorsque la mort arriva.

La flagellation, les frictions, l'électricité furent inutilement employées. On évalua la quantité de sang injecté à une livre.

Autopsie. — La veine céphalique jusqu'à la clavicule est libre,

la jugulaire interne est oblitérée au-dessus de la ligature, libre au-dessous ; la carotide externe a été coupée à 1/2 centimètre de la bifurcation de la carotide primitive.

A l'ouverture du cœur, on trouve des caillots volumineux remplissant toutes les cavités et se prolongeant dans les troncs et ramifications veineuses et artérielles à une grande profondeur. Le cœur n'est pas augmenté de volume et ne présente aucune altération des valvules. Poumons souples, crépitants en avant, un peu engorgés de sang et de sérosité en arrière. Les veines pulmonaires sont remplies de sang.

24. M. *Arrachard* montre le *tibia atteint d'ostéite*, provenant d'un homme amputé de la cuisse.

L'articulation du genou est remplie d'un pus épais, comme gélatineux, sans odeur fétide. Ouverture de la synoviale à son côté interne et supérieur, par laquelle le pus a fusé sous le triceps. Les cartilages semi-lunaires existent, les cartilages d'encroûtement ont diminué d'épaisseur de moitié. Au-dessous, tissu spongieux ramolli, raréfié, cellules remplies de sang.

Autour du tibia, périoste comme cartilagineux, épaissi jusqu'à 1/3 centimètre en certains points. Hypertrophie de l'os dans toute son étendue, poids plus considérable. A la surface extérieure, surtout en haut et en arrière, on voit un grand nombre d'aiguilles osseuses de toutes dimensions.

En sciant l'os, on trouve de haut en bas, à 4 centimètres de la surface articulaire, un vaste abcès siégeant au milieu de l'os, entouré d'une membrane pyogénique parfaitement organisée, de 8 centimètres 1/2 de longueur sur 3 de largeur.

Au-dessous, la cavité médullaire est remplie par du tissu spongieux dans une étendue de 4 centimètres 1/2. Elle se rétablit ensuite dans un espace de 10 centimètres pour s'oblitérer de nouveau à la partie inférieure. Dans cet espace de 10 centimètres la moelle est rouge, comme imprégnée de sang.

M. *Foucher*. Cette pièce me paraît un exemple d'arthro-myélite à ses trois périodes. Au premier degré, dans le tiers inférieur de l'os, le tissu médullaire est rouge, plus vasculaire, plus haut ; c'est un deuxième degré dans lequel il y a épanchement dans le tissu médullaire d'un blastème dans lequel se dépose la matière osseuse, c'est l'ostéo-myélite plastique ; enfin, l'inflammation marchant, du pus se forme, c'est l'ostéo-myélite suppurative.

25. M. Leudet montre :

1° Un *appendice en doigt de gant* long de 4 à 6 centimètres, trouvé sur l'*intestin grêle*, à 1 mètre de la valvule iléo cœcale, chez un homme adulte mort d'une gangrène du poumon. J'ai déjà signalé devant la Société la fréquence de ces appendices, et certaines personnes ont pensé que cette fréquence était plus grande chez l'enfant; pour ma part, j'ai déjà montré quatre exemples provenant de sujets adultes. Ces appendices peuvent être la cause d'accidents. Il y a vingt ans, M. Rayet publiait un cas d'étranglement dû à un appendice de ce genre; M. Dennée en a montré un perforé par un noyau de cerise. Je signale la fixité du siège, parce que dans la théorie de Meckel on les attribue à un arrêt de développement.

2°. 2° M. Leudet montre, en outre, un *kyste séreux multiloculaire* existant dans l'intérieur de la *rate*. L'organe ne présente rien de particulier à sa surface et a conservé son volume normal au sein de son tissu à la partie supérieure; on trouve une cavité divisée en quatre ou cinq loges formées par une membrane fibreuse, tapissée à son intérieur par une séreuse revêtue d'épithélium pavimenteux. Ces cavités contenaient de la sérosité sans boue splénique ni hydatides. Les exemples de ces kystes intraspléniques, auxquels on a attribué la formation des concrétions cartilagineuses, sont rares; je n'en connais que quatre ou cinq, et je ne crois pas que l'on en ait montré à la Société anatomique.

OBSERVATIONS.

Grossesse extra-utérine. — Hématocèle rétro-utérine. — Péritonite.

— Mort. — Par M. Gaube, interne des hôpitaux.

Millot (Louise), trente-deux ans, cotonnière, entrée le 18 mars (hôpital de la Pitié, salle Notre-Dame, n° 28). Régliée à quinze ans régulièrement; cinq enfants; peu de maladies graves, a éprouvé des chagrins; dernier enfant, il y a deux ans et demi. Dans cette grossesse, perte de quatorze jours, au début; réglée au deuxième mois. La grossesse a suivi ensuite sa marche ordinaire. Millot a perdu son mari, depuis la fin de janvier, par suite d'une fièvre typhoïde. Elle se trouvait en retard de sept jours, quand, le 20 janvier 1853, elle a été prise d'une hémorrhagie utérine assez abondante, qui s'est prolongée jusqu'à son entrée à

l'hôpital. Du 18 au 28 mars, l'hémorrhagie qui, dans ses débuts avait quelques moments d'arrêt, n'a pas cessé un instant, et s'accompagne de douleurs dans le ventre que la femme compare au mal d'enfant.

Cataplasmes, lavements, ingestions, bains.

28 mars. — On trouve l'utérus abaissé, porté en avant; lèvres du col un peu renversées; la postérieure est volumineuse, irrégulière et violacée. Col entr'ouvert; corps de l'utérus volumineux en arrière et à gauche; l'hémorrhagie continue.

1^{er} avril. — Douleurs fortes; vingt sangsues à l'hypogastre, à gauche; soulagement marqué.

2 avril. — Le toucher fait reconnaître une tumeur circonscrivant l'utérus, comprimant la vessie et remontant à 2 ou 3 centimètres au-dessus du ligament de Fallope du côté gauche; la compression de la vessie est reconnue par le cathétérisme vésical. Altération des traits; peau froide; 60 pulsations.

Application de trente sangsues.

3 avril. — Besoin irrésistible d'aller à selle; la tumeur monte de quatre travers de doigts au-dessus du ligament de Fallope; elle forme, dans le vagin, une sorte de plancher résistant, sans fluctuation.

4 avril. — La peau a pris une teinte jaune. Cinq à six garde-robes à la suite d'un purgatif. La tumeur dépasse de cinq à six travers de doigt le ligament de Fallope à gauche; pouls faible; cent vingt-huit pulsations; respiration à peine diaphragmatique; ventre ballonné; peau et extrémités froides. On diagnostique tumeur sanguine rétro-utérine probable, avec péritonite partielle.

5 avril. — Quelques vomissements bilieux; teint jaune plus prononcé qu'hier. La malade est un peu mieux. Pouls développé; 120 pulsations; 30 à 40 respirations presque exclusivement costales. La tumeur est encore augmentée et se porte en s'effilant à droite, jusqu'à deux ou trois travers de doigt de l'épine iliaque antérieure et supérieure.

6 avril. — Ventre encore tendu et douloureux, mais la péritonite semble s'être limitée à la moitié inférieure de l'abdomen. Le diaphragme se soulève très sensiblement dans l'inspiration. La tumeur n'a pas changé.

7 avril. — La malade a eu onze ou douze garde robes. Mieux

marqué; poulx développé, 108 pulsations; partie supérieure du ventre complètement indolente; la tumeur remonte à trois travers de doigt au-dessus de la branche gauche du pubis. Pas de nausées ni de vomissements; un peu de sommeil.

8 avril. — La journée d'hier a été bonne. La malade s'est senti, dans la nuit, de fortes coliques. Ce matin, à sept heures, elle a été prise d'un violent claquement de dents. A huit heures, le frisson continue; horripilation générale; face pâle, altérée; poulx très fréquent, 128, 132 pulsations; langue sèche et pâle; lèvres décolorées. Le poulx est petit, serré. Une nouvelle hémorrhagie se fait évidemment. La malade meurt à onze heures du matin.

Autopsie. — Vingt-quatre heures après la mort, le 9 avril 1853, coloration jaune des téguments; rigidité cadavérique assez prononcée. Le toucher pratiqué sur le cadavre montre le col entr'ouvert et permettant l'introduction de la moitié de la phalange onguéale. Lèvre antérieure mince et tranchante; lèvre postérieure épaisse, arrondie et se continuant avec la tumeur; utérus toujours abaissé; le col se présente à trois travers de doigt au-dessus de la vulve.

Thorax. — Les poumons sont à l'état sain; pas de tubercules, ils sont rétractés vers la partie postérieure et supérieure de la cage thoracique. Le poumon gauche adhère à la plèvre costale par quelques fausses membranes anciennes; un ou deux ganglions bronchiques renferment des tubercules à l'état crétacé. Le péricarde contient deux ou trois cuillerées de sérosité limpide et citrine. Pas d'altérations du cœur, son volume est normal, ses tuniques saines. Dilatation assez marquée de la courbure supérieure de la crosse de l'aorte.

Abdomen. — L'abdomen est ouvert en rabattant la paroi antérieure sur le pubis. Quelques adhérences sur les parties latérales, entre les anses de l'intestin grêle et le péritoine pariétal; le péritoine pariétal est d'une couleur bleu noirâtre foncée et épaissie. Cette même couleur se retrouve sur toute la demi-circconférence libre de l'intestin; quelques caillots de 2 à 3 millimètres d'épaisseur, de 2 pouces carrés de surface à peu près, de formation récente, d'une couleur rouge foncée et peu consistante, se montrant couchés sur l'intestin dont il est facile de les séparer. L'intestin présente une coloration vive, générale, plus tranchée

sur certains points, surtout à gauche. En relevant à droite le paquet de l'intestin grêle, on aperçoit les circonvolutions les plus profondes du côté gauche colorées par du sang non encore coagulé. Les feuillets droit et gauche du mésentère ont, sur un fond coloré, des taches noirâtres irrégulières de peu d'étendue et de très peu d'épaisseur que la pointe du scalpel détache très facilement; les points sur lesquels reposaient ces petits caillots n'ont pas une coloration plus intense que les parties voisines; des adhérences celluleuses relient entre elles les différentes circonvolutions de l'intestin; le gros intestin est distendu; le cœcum et l'appendice sont cachés assez profondément sous des caillots plus épais que ceux mentionnés plus haut; l'S iliaque présente une disposition remarquable: nous aurons occasion d'y revenir.

La face supérieure de l'estomac est colorée par du sang en nappe; le foie, très volumineux, n'offre pas de trace de péritonite; le péritoine qui le recouvre, et celui qui revêt la face inférieure du diaphragme, ont gardé leur coloration normale. Pas de caillots sanguins entre les deux organes. La vésicule biliaire est très fortement distendue et sans calculs; le tissu du foie, plus développé qu'à l'ordinaire, a une coloration gris jaunâtre et présente une hypertrophie considérable de certaines granulations; le réseau sanguin est très prononcé autour de ces granulations hypertrophiées. Ce tissu se déchire facilement; la surface de la déchirure est granuleuse.

Rate. — De 10 à 12 centimètres de hauteur; son tissu est ramolli et congestionné.

Les reins offrent des altérations qui se lient étroitement à la présence de la tumeur; nous les signalerons dans un instant.

Quand l'intestin grêle a été déjeté à droite et un peu relevé, nous avons vu la cavité du petit bassin entièrement garnie par une tumeur dont la face supérieure remonte au-dessus de la symphyse en avant, et s'applique en arrière sur l'articulation sacro-vertébrale. La partie antérieure de la tumeur est constituée par le fond de l'utérus un peu porté sur la gauche, et obliquement dirigé de haut en bas et de gauche à droite, de façon à pousser surtout sur la partie gauche de la vessie.

L'S iliaque, partie de la symphyse sacro-iliaque gauche, s'étale en couronne sur le haut de la tumeur et décrit une courbe à

convexité antérieure qui se rapproche jusqu'à 3 centimètres du fond de l'utérus. L'extrémité droite de la courbe vient toucher au cœcum et se dirige ensuite en bas, en arrière et un peu à gauche, de façon à reprendre dans sa partie inférieure, en arrière de la tumeur, la position normale du rectum.

Le bord antérieur convexe de l'S iliaque est lié à l'utérus par des caillots sanguins récemment organisés qui recouvrent aussi sa face supérieure. Du bord postérieur concave part le feuillet supérieur du méso-côlon iliaque qui se continue sans interruption avec le feuillet droit du mésentère.

Dans l'impossibilité de poursuivre sur le cadavre la dissection de la tumeur, on se décide à l'enlever avec toutes les parties qui s'y rattachent. Section pratiquée sur les branches horizontales du pubis et ascendantes de l'ischion. Le péritoine est incisé sur la grande circonférence du bassin ; l'S iliaque coupée au niveau de la symphyse sacro-iliaque gauche et enlevée avec la tumeur, dont l'énucléation se fait avec le doigt, sans aucune difficulté. Le bistouri est nécessaire seulement pour couper les uretères et les vaisseaux utéro-ovariens qui pénètrent avec eux dans le petit bassin. L'uretère du côté droit a 12 ou 13 millimètres de diamètre quand il s'applique contre la tumeur. L'artère utéro-ovarienne du même côté a 9 millimètres au même niveau ; du côté gauche, 1 centimètre de diamètre pour l'uretère ; 6 millimètres seulement pour l'artère utéro-ovarienne. La dilatation des uretères se continue jusqu'aux reins qui tous les deux sont hypertrophiés. Celui du côté droit surtout a 13 ou 14 centimètres de long sur 6 centimètres de large. Le tissu des deux reins est d'un gris jaunâtre ; la couleur jaune est due à une urine purulente renfermée dans les bassinets, surtout à droite. La pression fait sourdre de l'urine purulente de l'intérieur des calices.

Examen de la tumeur. — La tumeur reposant sur sa face inférieure, dans sa situation normale, offre les diamètres et dispositions que voici :

Face supérieure. — Diamètre antéro-postérieur en arrière de la symphyse, 14 centimètres. L'S iliaque passe entre le 6^e et le 9^e centimètre.

Diamètre transversal, dans la plus grande largeur, 12 centimètres.

L'utérus s'élève au-dessus de la symphyse de 2 centimètres $\frac{1}{2}$.

La vessie rétractée est cachée entre l'utérus et la symphyse qui se touchent.

Nous avons mentionné le trajet de l'S iliaque sur cette face et dit qu'elle était recouverte de caillots sanguins peu ou point organisés. La face inférieure de l'S iliaque est adhérente à la tumeur et s'en détache par une légère traction : les points d'adhérence offrent une coloration noirâtre comme celle déjà mentionnée sur l'intestin et les parois.

Face inférieure. — Quand on a relevé l'S iliaque, le feuillet inférieur de son méso-côlon descend sur la face postéro-inférieure de la tumeur sans lui adhérer. Cette face présente 16 centimètres de diamètre antéro-postérieur sur 13 centimètres de diamètre transverse. Le feuillet péritonéal, arrivé au milieu de la hauteur de cette face, semblait se recourber et s'appliquer contre la moitié supérieure de la face postérieure de la tumeur, la recouvrir, ainsi que la face supérieure, et venir d'arrière en avant (MM. Nélaton et Laugier ont cru le constater eux-mêmes), s'unir au péritoine qui revêt la partie supérieure du fond de l'utérus. En arrière de la tumeur, le doigt s'engageait dans presque toute sa longueur dans un cul-de-sac très appréciable et résistant. Un second cul-de-sac, de 1 centimètre à peu près à gauche et de 2 centimètres à droite, existait entre le bas-fond de l'utérus et la partie antérieure de la tumeur. Sur le milieu de ce cul-de-sac un caillot sanguin très fortement organisé unissait intimement l'utérus à la tumeur.

Quand les caillots les plus diffluent eurent été enlevés de la face supérieure de la tumeur, M. Nélaton fit sur elle une incision cruciale. La poche ouverte laissa voir une tumeur sanguine mamelonnée, nuancée de diverses couleurs d'un rouge plus ou moins foncé. Le manche du bistouri est promené librement entre la poche et la tumeur, surtout sur le côté droit où la tumeur est moins bien enkystée et plus diffluente. Le soulèvement du feuillet gauche antérieur fait faire hernie à la tête d'un fœtus dont on aperçoit le cordon couché d'avant en arrière, à gauche de la tumeur, où il semble s'insérer dans une rainure. On n'avait cru jusqu'alors qu'à une hématocele rétro-utérine. La tumeur, au dire de M. Nélaton, en aurait présenté tous les caractères. La présence du fœtus décida à continuer plus attentivement la dissection, ce que je fis le jour même. Mon attention porta succes-

sivement sur les ligaments larges, la cavité utérine, la poche et son contenu.

Ligament large droit. — La distinction des ailerons est à peu près effacée. Incision transversale partant de l'angle supérieur droit de l'utérus. La dissection se fait en avant et en arrière, mais plus facilement en avant, au travers d'un tissu cellulaire feutré, dur, presque fibreux. A l'extrémité externe de l'incision se trouve l'artère utéro-ovarienne dont nous avons déjà signalé le calibre. Elle se divise bientôt en vaisseaux de deux ordres : les uns, de 5 millimètres de diamètre, vont se rendre à l'utérus ; les autres, postérieurs aux premiers, de 7 à 8 millimètres de diamètre, vont se jeter dans la partie libre de l'ovaire.

L'ovaire a 4 centimètres de long sur 2 centimètres de large, aplati de haut en bas et d'avant en arrière, touche par son bord antérieur les vaisseaux utérins, et est en rapport avec la trompe utérine par sa face postérieure et son bord supérieur. Le ligament de l'ovaire ayant son attache à l'utérus, croise le canal de la trompe.

La trompe droite offre un pédicule plus gros que d'habitude, qui, après un trajet de 4 centimètres, se renfle en entonnoir ; la circonférence de l'entonnoir va s'attacher sur les parois de la tumeur sanguine, autant qu'il est possible d'en juger par l'examen extérieur. Le diamètre transversal au point d'attache est de 7 centimètres ; l'évasement, en avant, a 6 à 7 centimètres d'élévation quand on soulève le pédicule de la trompe. Il est très facile d'apprécier dans son intérieur une cavité renfermant quelques petits corps assez mous. L'ouverture n'en sera faite que quand la poche aura été vidée de son contenu.

Ligament large gauche. — Beaucoup moins développé que le droit, incision transversale de son feuillet péritonéal ; ce n'est qu'à grand'peine que je parviens à trouver à la partie postéro-inférieure, le conduit de la trompe ; une constatation exacte de son trajet ne m'est possible que quand l'utérus a été ouvert par la partie antérieure. Un stylet très délié pénètre par l'ouverture de la trompe. D'abord, portée directement à gauche, elle se contourne ensuite en haut vers la face antérieure de la tumeur, où elle est aplatie par la pression des caillots sanguins et du calibre d'une plume de corbeau. Elle a été coupée en ce point par une des incisions faites par M. Nélaton.

L'ovaire. — Vers le point où la trompe quitte sa direction transversale pour devenir ascendante, se trouve un tissu aréolaire, fibreux, d'une dissection très difficile, que des prolongements manifestes unissent à l'utérus, et qui reçoit des vaisseaux assez considérables. Ces vaisseaux partent du tronc utéro-ovarien; ce qui me porte à croire qu'il n'est autre que l'ovaire dégénéré et ayant perdu sa texture normale par suite de la compression exercée sur lui par la tumeur voisine. Les branches utérines peuvent être suivies jusqu'à l'utérus.

Utérus. — Sa face antérieure offre 5 centimètres de diamètre transverse, sur 8 centimètres et $\frac{1}{2}$ verticaux, le col compris; le corps est donc plus grand qu'à l'état normal. Nous connaissons déjà l'état des lèvres du col.

La cavité de l'organe a 7 centimètres et $\frac{1}{2}$ de hauteur sur 3 centimètres et $\frac{1}{2}$ de large, entre l'ouverture des trompes; *la muqueuse a complètement gardé son épaisseur, sa coloration, sa structure normales.* Les orifices des trompes sont dilatés, surtout du côté droit; la muqueuse ne présente ni coloration rouge, ni injection qui puisse expliquer les hémorrhagies successives observées du vivant de Millot. Les parois ont 11 ou 12 millimètres d'épaisseur, pas de vascularisation remarquable.

Caillots sanguins. — En prolongeant les branches de l'incision cruciale faite par M. Nélaton, l'énucléation de la tumeur devient facile; elle se composait de deux parties: le premier caillot placé en avant et à gauche, occupant la plus grande partie du sac, de date plus ancienne, ovoïde, du poids de 550 à 600 grammes, a un commencement de kyste; il est formé de couches successives d'autant moins organisées qu'on se porte davantage à droite. Bien circonscrit au-dessus, en arrière, en avant et à gauche, ce caillot n'a pas de paroi fixe à droite où il est encore diffus et s'unit au deuxième caillot qui, lui, est formé d'un sang visqueux, gluant, analogue à du résiné et placé en arrière et à gauche.

Cette dernière partie du contenu de la tumeur est enlevée avec les doigts de façon à ne pas intéresser les parois et pèse 350 grammes à peu près.

Le fœtus, placé en avant et à gauche, est aplati entre le premier caillot et la paroi de la tumeur qui répond à la partie postérieure de la cavité cotyloïde gauche. Fixé au caillot par une épingle, il

s'enlève facilement avec lui. L'aplatissement porte sur les parties latérales de la face qui regarde en avant et la partie antérieure du tronc et des membres qui touchent au caillot sanguin. Allongé par la compression, il a 9 à 10 centimètres de long. La bouche, les yeux, le nez, sont parfaitement distincts, son âge peut être évalué à deux mois et demi ou trois mois, ce qui correspond exactement au temps d'arrêt des menstrues, 15 janvier. Le cordon, de 12 centimètres de long, descend verticalement le long du membre inférieur droit et après avoir formé un nœud autour de l'extrémité inférieure de la jambe, remonte obliquement sur la face gauche de la tumeur et s'enfonce entre la tumeur et une sorte d'appendice pour s'attacher sur la face de cet appendice qui touche à la tumeur. La face externe de cet appendice, examinée avec soin, présente de petits prolongements filamenteux et des rugosités qui la font reconnaître pour la portion du placenta autrefois adhérente à la mère. Sur le point où le cordon prend insertion, on le voit se diviser en trois ou quatre ramifications vasculaires. Sur ce point, il est possible d'isoler une fine membrane qui recouvre les cotylédons et se prolonge, d'un côté, sur le cordon lui-même, et de l'autre sur la face gauche du caillot au point où elle adhère à l'appendice.

Ces parties retirées de la poche, je puis voir que la partie interne de ses parois est formée de couches fibrineuses plus ou moins régulières et épaisses. Dans le point qui correspond à l'insertion de la trompe droite dilatée, les couches sont plus molles et se détachent facilement. Dans ce même point existe une ouverture de 1 centimètre et demi de diamètre, à peu près, irrégulièrement arrondie et bordée sur presque tous ses points par une fine membrane; cette ouverture permet d'insuffler la trompe qui se dilate de façon à acquérir le volume d'un œuf de dinde, et prend une forme bilobée. La trompe est alors incisée par la partie externe et je trouve dans son intérieur deux ou trois caillots sanguins très ramollis qui expliquent parfaitement le mécanisme de l'hémorrhagie. La partie interne de la trompe est tapissée d'une fine membrane continue avec celle qui borde l'ouverture; cette membrane, d'une coloration rouge très vive, est plissée dans toute son étendue, de façon à ce que ces plis convergent tous vers le point de communication de la trompe et du foyer hémorrhagique.

Il ne restait à déterminer qu'un point douteux encore, à savoir si la tumeur sanguine et le fœtus étaient sous le péritoine, ou dans l'intérieur même de cette membrane. A la vue du fœtus, M. Nélaton avait été amené à considérer comme erronée sa première opinion que la tumeur était sous-péritonéale. Le peu de résistance des parois supérieure et latérale, malgré l'aspect lisse offert par les membranes qui les formaient, m'avait conduit à la même induction; la poche ouverte et débarrassée de son contenu, j'ai pu me convaincre de la vérité en disséquant la paroi inférieure dans une ligne antéro-postérieure entre le rectum et la symphyse. J'ai vu alors le feuillet inférieur du méso-côlon iliaque se continuer au-dessous de la paroi inférieure de la tumeur et se continuer avec la face postérieure de l'utérus et le péritoine qui la revêt.

En résumé : Voici quels nous paraissent avoir été la marche de l'affection et l'ordre des phénomènes : Grosseur tubaire du côté droit, amenant des douleurs que l'on rapportait à l'état de l'utérus et hémorrhagie de la trompe. Consécutivement à cette hémorrhagie, rupture de la trompe, décollement du placenta. L'œuf est porté, par l'hémorrhagie, du côté gauche et écrasé contre les parties latérales gauches du bassin. Organisation du caillot moins complète à mesure que l'on se rapproche du foyer hémorrhagique. Formation d'une poche sanguine autour du fœtus et du caillot, soit par suite de la péritonite intercurrente, soit par suite de la tendance qu'ont les caillots hémorrhagiques, ceux des méninges entre autres, à s'entourer de fines membranes, lisses, assez comparables aux séreuses. Arrêt momentané de l'hémorrhagie et de la péritonite. La malade va mieux. Le 8 avril, nouvelle hémorrhagie et mort.

Les phénomènes que nous signalons ici nous semblent ressortir clairement de l'observation. Qu'on nous permette encore d'appeler l'attention sur quelques points particuliers :

1° L'état de l'utérus, de son tissu et de sa muqueuse prouvent que la caduque ne se développe pas au moins dans tous les cas de grossesse extra-utérine, comme l'ont prétendu quelques accoucheurs justement célèbres. La cavité de l'organe sensiblement modifiée, surtout au col, n'offre pas non plus le développement qu'on lui assigne dans les cas analogues;

2° L'hémorrhagie utérine, observée pendant la vie, ne saurait

être rapportée à l'utérus. Le sang venait de la trompe droite et l'utérus ne lui servait que de conduit pour arriver au dehors. Une fois la trompe rompue, le sang qui a trouvé une communication plus facile avec l'intérieur du péritoine, a cessé presque entièrement de cheminer par l'utérus;

3° Au point de vue pathologique, il nous semble ressortir de cette observation que le siège des tumeurs sanguines rétro-utérines doit être considéré comme multiple. Le hasard voulait que, le jour même de l'autopsie de Millot, une autopsie presque semblable se fit à la Pitié. On trouvait une tumeur sanguine, rétro-utérine, sous-péritonéale, due à une déchirure et à une hémorrhagie de l'ovaire. Ces deux observations et nombre d'autres déjà publiées, rattachent surtout la production de ces tumeurs à l'acte menstruel et à l'acte génital.

Quant au sang répandu dans la partie moyenne de la cavité abdominale et cause de la péritonite, suivant nous, il a pu y être porté ou dans le commencement de l'hémorrhagie intra-péritonéale, ou par suite de l'éraillure d'un des points du kyste sanguin.

Réflexions. — M. Gaillet fait remarquer que le fait présenté par M. Gaube, ne rentre pas dans la maladie décrite sous le nom d'hématocèle rétro-utérine, telle que l'a indiquée M. Nélaton. Ici l'hémorrhagie paraît consécutive à la rupture de l'œuf et à son passage dans le péritoine; c'est donc une grossesse extra-utérine terminée par rupture dans le péritoine et nullement une hématocèle rétro-utérine. D'après les faits que possède M. Nélaton, faits beaucoup plus nombreux que ceux que fait connaître M. Vigues dans sa thèse inaugurale, et qu'il a lui-même rappelés dans une leçon clinique insérée dans la *Gazette des hôpitaux* en 1851, on n'a jamais trouvé dans la poche les traces d'un ovule fécondé. La maladie avait dans ces cas une origine traumatique, mais ne se rapportait pas aux suites d'une grossesse.

OBSERVATIONS.

Anévrisme de la crosse de l'aorte. — Mort.

Extrait de l'observation de M. Prost.

Ce malade, âgé de cinquante ans, d'une bonne constitution, souffre depuis trois ans. Éprouvant alors des palpitations, il fut soigné à l'Hôtel-Dieu pour une affection de cœur.

L'année dernière, il est rentré à l'Hôtel-Dieu, et, à cette époque, il portait à la partie supérieure du thorax, au niveau de l'articulation sterno-claviculaire droite, une petite tumeur molle peu volumineuse; les battements du cœur étaient violents, s'accompagnaient d'étourdissements, de vertiges; la tumeur du cou avait disparu au bout d'un mois, et le malade quitta l'hôpital et y rentra au bout de trois mois pour une affection de la verge qui a nécessité l'amputation d'une partie de cet organe. A la suite de l'opération les palpitations devinrent très violentes et s'accompagnèrent de douleurs dans tout le côté droit de la tête; en même temps la tumeur anévrysmale s'accrut et le malade rentre à l'hôpital.

Etat actuel. 26 octobre. — Au niveau de la première pièce du sternum existe une tumeur du volume du poing, située un peu plus à droite qu'à gauche, descendant jusqu'au troisième espace intercostal et remontant à deux travers de doigt au-dessus de la fourchette du sternum. Le tissu cellulaire sous-cutané est empâté. Latéralement la tumeur dépasse, à droite, le niveau de l'extrémité externe des cartilages costaux. A la partie saillante de la tumeur les téguments sont rouges; dans certains points la couleur rouge est remplacée par une teinte jaunâtre analogue à la coloration des ecchymoses.

L'empâtement empêche de reconnaître l'état des os au niveau de la tumeur qui est molle, tout en offrant cependant çà et là, sous le doigt, comme des grumeaux ayant une certaine consistance.

L'oreille, appliquée sur la tumeur, perçoit des battements violents, isochrones aux bruits du cœur. On entend aussi un double bruit de souffle qui ne semble être qu'une extension de celui du cœur.

Les battements du cœur sont violents et sourds, ils soulèvent les côtes.

Les artères radiales et carotides sont parfaitement perméables au sang ; les battements artériels sont très distincts , d'égale intensité à droite et à gauche.

La percussion de la région précordiale donne une matité assez étendue , 1 décimètre dans le sens vertical et 15 centimètres dans le sens transversal.

L'auscultation ne révèle aucun bruit anormal dans les poumons ; depuis quelques jours , il y a une toux légère. Les bruits du cœur s'entendent en arrière ; à gauche , léger bruit de souffle obscur le long de l'aorte descendante. Il y a une dyspnée assez intense , surtout lorsque le malade fait un mouvement. Le visage est injecté et un peu bouffi ; le sommeil est agité.

La déglutition et la voix sont intactes ; pas d'œdème , excepté peut-être un peu d'empatement fort léger à la main gauche.

27. — L'état du malade s'est aggravé ; les douleurs de tête (saignée , 3 palettes) sont d'une violence extrême. Le malade peut à peine rester couché.

29. — Potion calmante. La dyspnée est extrême ; il y a de l'agitation ; le malade ne sait quelle position prendre.

La tumeur a beaucoup augmenté de volume depuis deux jours ; elle est le siège de douleurs vives. A la partie la plus saillante il s'est formé une petite tache violette ecchymotique. On craint fortement de voir le kyste se rompre. Agitation extrême , sifflement laryngo-trachéal , dyspnée. Le malade ne peut plus se coucher , il reste assis sur son lit.

31. — Aux symptômes précédents il s'est ajouté de la dysphagie. Mort dans la nuit du 31 au 1^{er} novembre 1853.

Autopsie. — La tumeur est moins volumineuse que pendant la vie. Les téguments qui la recouvrent ont une teinte jaunâtre ecchymotique ; la peau est fort adhérente , surtout au centre de la tumeur et au niveau de la tache violette. Les couches profondes de derme semblent amincies et sont infiltrées d'un sang vermeil.

Le tissu cellulaire , infiltré de sang au pourtour de la tumeur , est dense , serré , adhérent ; les muscles grands pectoraux sont imbibés d'une sérosité noirâtre sanguinolente.

La paroi thoracique étant enlevée , on reconnaît que la tumeur est située sur la face antérieure et supérieure de la crosse de l'aorte au-dessus du croisement de ce vaisseau par l'artère pulmonaire. Son volume égale celui de la tête d'un enfant nouveau-

né; elle fait saillie à travers la paroi thoracique au niveau de la première pièce du sternum; en haut, cette tumeur monte sur la face antérieure de la trachée, à deux travers de doigt au-dessus de la fourchette sternale. Les muscles sous-hyoïdiens, qui s'insèrent au sternum et à la clavicule, sont aplatis et viennent s'insérer à un tissu fibreux qui couvre la partie supérieure du kyste.

La trachée est légèrement comprimée latéralement et un peu repoussée à gauche. Les troncs artériels qui partent de la partie supérieure de la crosse de l'aorte, sont implantés dans la paroi postérieure de la tumeur et perméables au sang.

La membrane fibreuse du kyste étant rompue, on voit à l'intérieur une pellicule fort mince assez analogue à une membrane séreuse. Cette membrane offrait dans l'intérieur des brides irrégulières; elles n'étaient pas continues. Il a été impossible de vérifier si elle se continuait avec la membrane interne du vaisseau.

Le tronc brachio-céphalique veineux, qui croise la face antérieure des vaisseaux artériels, est repoussé à la partie postérieure de la tumeur, adhérent à celle-ci et réduit à l'état de cordon ligamenteux imperméable au sang. On ne peut suivre son trajet, tellement ce vaisseau est confondu avec la paroi postérieure du kyste; seulement on remarque un cordon de fibres blanchâtres obliquement étendues de haut en bas et de gauche à droite.

Les nerfs pneumo-gastriques, récurrents, sont parfaitement intacts, ainsi que les nerfs diaphragmatiques qui sont pourtant un peu reportés en dehors; l'aorte est dilatée: à partir de sa sortie du cœur, le calibre du vaisseau est irrégulier, présente des concrétions dans son intérieur; le cœur est très volumineux et adhérent dans toute son étendue au péricarde; les poumons sont aussi emphysémateux, mais sains, du reste.

A l'origine du vaisseau il existe un rétrécissement aortique qui probablement se compliquait d'insuffisance, car il existe au niveau des concrétions stéatomateuses qui devaient gêner les mouvements des valvules sigmoïdes.

Immédiatement au-dessus de son orifice l'aorte est dilatée et présente çà et là des irrégularités. Enfin, à la partie supérieure, au niveau de la seconde courbure, le calibre du vaisseau est très dilaté, et l'on remarque une ouverture circulaire de 3 centimètres de diamètre environ, donnant issue dans une cavité pou-

vant contenir une tête d'enfant nouveau-né. Évidemment il y a là d'abord une dilatation du vaisseau ; puis la paroi supérieure a cédé et un anévrisme faux consécutif s'est formé aux dépens de la tunique externe. L'intérieur de ce vaste kyste est rempli en grande partie par un caillot dont la face interne lisse, fort adhérente à l'orifice, se continue avec la tunique interne du vaisseau ; mais ce n'est là évidemment qu'une apparence : les deux membranes ont été détruites en cet endroit. Ce caillot adhère également par tout son pourtour aux parois de la poche et présente une épaisseur de 3 à 4 centimètres dans l'endroit le plus épais ; mais en décollant le caillot sur une partie de sa circonférence, on pénètre dans une sorte de cavité située entre la paroi antérieure de la poche et le caillot. Cette cavité contient du sang liquide et des grumeaux moins denses que le caillot, et montre les débris de la première pièce du sternum réduit à l'état d'une lame mince usée d'arrière en avant ; les trois premières côtes de chaque côté sont également détruites dans une étendue de 1 à 2 pouces : les deux extrémités internes des clavicules sont en partie détruites.

On peut constater que ces os se trouvent à nu dans la tumeur, et sans interposition d'aucune fausse membrane ; ils ne sont ni ramollis, ni nécrosés.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

XXVIII^e ANNÉE.

Bulletin N^o 5. — Mai 1853.

RÉDIGÉ

PAR M. FOUCHER, SECRÉTAIRE.

SOMMAIRE.

Extrait des procès-verbaux des séances de la Société.

1. Tumeur fibreuse de l'utérus. — 2. Cancer de la plèvre et du sternum. — 3. Farcin chronique. — 4. Rétrécissement du rectum. — 5. Dépôts crétaqués des artères coronaires. — 6. Hypertrophie simple des parois de l'estomac. — 7. Végétations de l'intestin. — 8. Caillots de la veine cave. — 9. Cancer des os, péricardite cancéreuse hémorragique. — 10. Hémorragie ovarique. — 11. Phthisie laryngée. — 12. Tumeur de l'amygdale. — 13. Calcul de l'urètre. — 14. Tumeur fibreuse de la paume de la main. — 15. Kystes de l'ovaire. — 16. Atrophie d'une vésicule séminale. — 17. Phthisie laryngée. — 18. Corps fibreux de l'utérus.

Observations. — 1. Phthisie tuberculeuse des poumons, des voies génito-urinaires et du foie, par M. Dufour. — 2. Luxation de l'épaule et fracture du col du fémur, par M. Bidard. — 3. Fracture du crâne, par M. Bidard. — 4. Cancer du testicule, par M. Dolbeau.

PRÉSIDENT DE M. CRUVEILHIER.

1. M. Icery présente une tumeur fibreuse énorme contenue dans l'utérus, et donne les détails suivants :

Marie Teissier, couturière, âgée de cinquante-deux ans, présentait, lors de son entrée à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. Andral, les symptômes suivants : Facies à peu près grippé ; teint pâle et légèrement jaunâtre ; pouls accéléré, régulier, faible ; soif ordinaire ; respiration courte sans être toutefois haletante ;

langue blanche et humide; digestion laborieuse; souffle doux, moelleux à la pointe et au premier temps du cœur; abdomen volumineux, sillonné à la surface par des veines sous-cutanées très apparentes et offrant les signes bien manifestes d'une ascite, pas d'œdème des membres inférieurs; sonorité tympanique de la partie supérieure de la région ombilicale, et s'étendant de plusieurs travers de doigt au-dessus du rebord costal droit, de manière à laisser supposer une diminution du volume du foie; urines rares, très acides, colorées en rouge brun, chargées d'une quantité notable d'acide urique, qui apparaissait par le refroidissement ou l'addition d'une goutte d'acide azotique, mais ne renfermant aucune trace de substances étrangères à la sécrétion normale.

L'intumescence du ventre, produite par l'ascite, fut le premier symptôme qui attira l'attention de cette femme; mais, bientôt après, elle ressentit de légers troubles de la digestion et une dyspnée qui, d'abord peu marquée, devint de jour en jour plus intense et plus incommode. Depuis trois ou quatre mois le volume du ventre, ayant acquis un développement considérable et le moindre exercice faisant naître un surcroît de gêne de la respiration, elle avait été obligée de se tenir dans un repos presque absolu.

Le début de sa maladie remontait à une époque assez éloignée; si l'on doit se rapporter aux renseignements qu'elle nous a fournis à cet égard, elle en aurait éprouvé les premières atteintes, il y a déjà plus d'une année.

Les membres inférieurs n'ayant jamais été infiltrés, et l'hydropisie se trouvant bornée à la cavité du péritoine, l'altération matérielle du cœur que révélait le souffle perçu à la région précordiale ne pouvait seule avoir déterminé les accidents dont nous avons parlé; il était donc très probable que l'ascite avait pour cause quelque condition pathologique du foie ou de la veine porte.

Huit jours après l'entrée de la malade à l'hôpital, la paracentèse fut pratiquée. Il s'écoula environ dix litres d'une sérosité citrine. On procéda ensuite à l'exploration de l'abdomen. Une masse dure, bosselée, très volumineuse, se faisait sentir immédiatement au-dessous des parois antérieures du ventre et s'étendait de chaque côté jusqu'au rebord des fausses côtes; elle semblait formée par la réunion de trois tumeurs distinctes, dont la plus

considérable occupait l'hypogastre et la région sous-ombilicale, tandis qu'à droite et à gauche de celle-ci, s'étaient développées les deux autres, au-dessus et un peu en avant des fosses iliaques. La tumeur, située sur la ligne médiane, présentait des contours arrondis à la partie supérieure et faisait une saillie globuleuse immédiatement au-dessous de l'ombilic; elle était fixe dans le lieu qu'elle occupait et devenait de moins en moins appréciable à mesure qu'on se rapprochait du pubis. Les tumeurs latérales offraient plus de mobilité et pouvaient être mieux limitées; par une pression continue on réussissait à les refouler en haut et en arrière, dans les hypochondres. En insinuant les doigts, au niveau des dernières côtes à droite, il était possible de palper la face inférieure du foie et de reconnaître qu'il existait un intervalle entre cet organe et la tumeur qui avait envahi le flanc du même côté.

La malade, qui d'abord avait éprouvé un grand soulagement à la suite de la paracentèse, fut prise douze heures après l'opération d'une fièvre intense, de vomissements répétés et de douleurs très vives, dans toute l'étendue de l'abdomen. Onze jours s'étaient à peine écoulés depuis l'apparition de ces symptômes, qu'elle avait succombé à une péritonite générale.

Nécropsie. — Les poumons et la plèvre n'offrent aucune trace d'inflammation. Le péricarde contient plus de sérosité limpide qu'il n'est ordinaire d'en rencontrer lorsque l'accumulation de liquide, dans cette cavité, est un pur phénomène d'agonie. Le cœur est volumineux; son orifice mitral est incomplètement fermé par les valvules qui ont acquis un certain épaississement et une rigidité anormale.

L'abdomen renferme environ deux litres d'un liquide séropurulent. Le péritoine, dans toute son étendue, présente les marques manifestes d'une vive inflammation. L'utérus, énormément développé, a franchi le détroit supérieur et s'étend jusqu'à la partie médiane du ventre; les ovaires, dont le volume est également considérable, sont rejetés sur les côtés et atteignent presque le rebord costal à droite et à gauche. Le foie, les intestins et l'estomac sont refoulés et comme comprimés dans la partie supérieure de l'abdomen; ils ne sont d'ailleurs le siège d'aucune modification pathologique.

L'énorme accroissement que l'utérus et les ovaires avaient

acquis offre quelque intérêt, et nous paraît digne d'être signalé. L'utérus formait une tumeur ovoïde, dont le grand diamètre vertical avait 21 centimètres, et le diamètre transversal, à la partie supérieure, 17 centimètres; ses parois épaissies, moins dures qu'à l'état normal, mais sans altération appréciable, limitaient une cavité à peu près sphérique, qui contenait une masse d'un tissu blanchâtre et résistant, dont la surface était partout en rapport direct avec les parois utérines. Cette tumeur, creusée à son centre, renfermait environ 100 grammes d'une sérosité citrine; ses parties profondes, baignées par la sérosité, se trouvaient dans une petite étendue, ramollies, et d'une couleur noirâtre. En avant et en haut elle était libre de toute adhérence, mais en bas et en arrière elle se continuait avec le tissu de l'utérus. La cavité du col avait conservé ses dimensions, et paraissait tout à fait étrangère aux modifications subies par le fond de la matrice.

Les ovaires représentaient deux tumeurs de 40 à 45 centimètres de circonférence, dures, bosselées à la surface, et formées d'un tissu analogue à celui que renfermait l'utérus. Ces tumeurs, à parois très épaissies, étaient creusées d'une cavité qui contenait un liquide limpide et jaunâtre. Les trois tumeurs ont été soumises à l'inspection microscopique; elles étaient constituées par les éléments du tissu fibro-plastique.

M. *Blin* rappelle qu'il a montré à la Société un *corps fibreux développé dans les parois de l'utérus*, et qu'il avait pensé que, dans ce cas, le ramollissement d'une portion de la tumeur était dû à un état inflammatoire.

M. *Leudet*. — Dans une pièce analogue, présentée ici au nom de M. Piachaud, on trouvait une cavité remplie de concrétions calcaires, ce qui avait donné lieu à une erreur de diagnostic.

M. *Foucher*. — Dans la pièce de M. Piachaud, le corps fibreux était implanté sur la lèvre postérieure du museau de tanche, et faisait saillie dans le vagin, ce qui l'avait fait prendre pour l'utérus lui-même; d'autant plus que l'on rencontrait dans la partie qui se présentait au doigt introduit dans le vagin une fente transversale qui simulait le museau de tanche et avait fait penser que les concrétions calcaires reconnues au toucher étaient contenues dans l'utérus lui-même.

2. M. *Genouville* présente deux pièces : 1° l'une relative à

un *cancer du sternum et de la plèvre*, sur laquelle il communique les détails suivants :

Le nommé Cornette entra le 7 mars à l'hôpital. Cet homme, d'une très forte constitution, n'a jamais fait de maladies graves. Il éprouvait depuis cinq ans des douleurs dans la région du sternum ; un an après, il vit apparaître dans la même région une tumeur ayant le volume d'une noisette, dure et sensible à la pression ; il fit usage alors de pommades résolutives, et on lui fit un traitement antiphlogistique ; malgré cela la tumeur n'en continua pas moins à faire des progrès.

Lorsque le malade entra à l'hôpital, il portait à la partie inférieure de la région sternale une énorme tumeur qui présentait une base très large, dont la partie supérieure était située environ à 2 ou 3 centimètres au-dessous de la réunion de la deuxième pièce du sternum avec la première.

Cette tumeur s'étendait latéralement, de manière à recouvrir la partie antérieure de la cage thoracique jusqu'à l'extrémité antérieure des côtes.

Inférieurement, sa base se perd insensiblement dans les parties voisines et va jusqu'à l'appendice xiphoïde.

La projection de la tumeur en avant est assez considérable.

Sa surface est bosselée. La plus volumineuse des bosselures se trouve à la partie supérieure gauche ; il y en a d'autres grosses comme l'extrémité du doigt.

Les téguments sont rouges, surtout au niveau de la grosse bosselure ; les parties constituantes de la peau semblent comme hypertrophiées. La peau est adhérente à la tumeur, qui est ferme et dense dans toute son étendue et adhère aux parois antérieures du thorax.

La percussion et l'auscultation ne font reconnaître aucune lésion dans les organes thoraciques. Le malade ne peut rester couché sur le dos sans éprouver de la gêne dans la respiration. Un fragment de la tumeur, examiné au microscope par M. Robin, a présenté les éléments de la cellule cancéreuse.

Peu à peu cette tumeur s'est ramollie, principalement à la partie supérieure gauche ; la peau a rougi, s'est amincie et la tumeur s'est ulcérée. Il s'est en outre produit à la région axillaire une petite tumeur du volume d'un petit œuf de poule. La production de cette tumeur a été très rapide ; elle a été ouverte par

la potasse caustique, il s'en est écoulé un pus sanguinolent et la tumeur s'est affaissée.

Le malade, cependant, avait de la diarrhée ; il maigrissait tous les jours, il expectorait des crachats visqueux adhérent au vase, semblables à ceux de la pneumonie, sauf la couleur ; son ulcération allait toujours croissant en profondeur, et il mourut le 2 mai, à six heures du matin.

Autopsie. — Voici ce que nous trouvâmes : Il existe sur la partie antérieure du thorax, au niveau de la partie moyenne et inférieure du sternum, une vaste tumeur ulcérée.

Cette tumeur offre pour limite supérieure la réunion de la deuxième pièce du sternum avec la première, pour limite inférieure l'appendice xiphoïde. Elle s'étend sur les parties latérales, à la face antérieure des cartilages costaux, et même elle empiète sur les côtes.

On voit aussi sur les parties latérales du thorax de petites tumeurs dures, grosses environ comme des avelines, et sans changement de couleur à la peau.

Au niveau de la quatrième côte, se voit une ouverture à bords mal limités, ayant environ 2 centimètres de diamètre ; on aperçoit également une autre à la partie interne et un peu inférieure. Ces deux ouvertures sont séparées par un pont, elles communiquent toutes deux dans une vaste cavité anfractueuse au fond de laquelle on sent à nu les parties résistantes du thorax. La partie médiane de cette cavité semble plus profonde, et la partie antérieure du sternum paraît avoir été détruite et remplacée par des masses dures agglomérées. En effet, si l'on pénètre dans cette cavité, on voit que le sternum a été détruit à ce niveau, que les cartilages des cinquième, sixième, septième et huitième côtes s'insérant à la partie absorbée flottent dans la cavité. La portion des muscles intercostaux qui s'y insère a été détruite. C'est surtout à droite qu'existe cette lésion ; du côté gauche, il y a encore des muscles intercostaux, mais ils sont noirâtres et peu résistants.

En ouvrant la cavité thoracique, on voit que la plèvre costale droite présente dans toute son étendue des plaques plus ou moins saillantes, plaques dures, résistantes, criant sous le scalpel et offrant une coupe d'un blanc mat ; leur grosseur varie depuis celle de la tête d'une épingle jusqu'à celle d'une grosse amande.

Ces plaques sont solitaires ou réunies en assez grand nombre.

La cavité de la plèvre droite renferme un liquide brunâtre, dont la quantité peut être évaluée à 2 litres et demi.

Mêmes altérations, un peu moins marquées, du côté gauche. Il n'y a qu'un verre de liquide.

Les trois lobes du poumon droit sont distincts ; sur la plèvre pulmonaire se remarquent les mêmes plaques observées plus haut ; le poumon droit n'est plus crépitant, excepté dans les parties profondes supérieures du lobe supérieur ; ce lobe est adhérent à la face antérieure du thorax.

Mêmes altérations, moins marquées, au poumon gauche.

Dans l'intérieur du poumon gauche, on trouve plusieurs petites tumeurs analogues à celles de la plèvre. En outre, à la partie inférieure, on voit plusieurs petites cavités du volume d'un pois, contenant du pus. Le tissu du poumon qui les environne est carnifié.

Le poumon droit en présente dans son lobe supérieur, moyen et inférieur ; son tissu est également carnifié.

Péricarde sain ; demi-litre de liquide dans sa cavité.

Le tissu du cœur, de la rate, du foie, des reins, est normal.

Les caillots des veines et artères pulmonaires n'offrent rien de remarquable.

Les ganglions mésentériques sont durs et engorgés. Le péritoine, et surtout la partie de cette membrane qui est située dans le bassin, est couvert de petites tumeurs grosses comme des têtes d'épingles.

3. M. *Genouville* présente les pièces pathologiques provenant d'un homme mort du *farcin chronique*.

Cet homme, exerçant la profession de cocher, âgé de quarante-deux ans, n'avait jamais été malade antérieurement.

A la fin de janvier et au commencement de février, il était chez un vétérinaire et avait des chevaux malades à panser ; il paraît que parmi eux se trouvait un cheval atteint de farcin.

Le 10 février, il fut pris tout à coup d'une violente courbature, de douleurs dans diverses parties du corps, dans le dos, les membres inférieurs, puis il eut un frisson qui se renouvela plusieurs fois. Son appétit était presque nul, le malade mangeait avec répugnance ; il continua cependant à faire son service pendant quinze jours. Au bout de ce temps, il éprouva une douleur loca-

lisée à la partie inférieure et externe de la cuisse gauche ; presque en même temps une autre douleur se manifesta à la partie supérieure et externe de la jambe gauche, puis une douleur à la plante du pied gauche.

Vers les premiers jours de mars, il fut obligé de prendre le lit. Ses douleurs furent traitées sans succès par les vésicatoires volants.

Dans le courant du mois de mars de nouvelles douleurs se manifestèrent dans le mollet droit, puis à la partie moyenne et antérieure de la cuisse droite, enfin à la partie antérieure et externe du bras droit. Il y avait toujours persistance des symptômes généraux, c'est-à-dire malaise général, anorexie, fièvre, etc. Il s'apercevait, en outre, d'un amaigrissement notable.

Dans le commencement du mois d'avril le malade vint à la consultation de l'hôpital des Cliniques. M. Nélaton, ayant reconnu un abcès à la plante du pied, l'ouvrit, et le malade entra le 8 avril dans le service.

Au niveau des points douloureux, il survint des abcès, lesquels furent ouverts, et l'on fit dans leur intérieur des injections iodées. Quelques abcès se refermèrent, les autres fournirent encore de la suppuration.

Le traitement général ne fut pas négligé, le malade fut soumis à un traitement tonique. On administra des préparations de quinquina, de fer ; on lui fit prendre du vin, des viandes rôties.

Le malade allait assez bien, lorsque, vers les derniers jours d'avril, son état s'aggrava. Ainsi, il n'avait plus d'appétit ; la fièvre était assez intense, sécheresse de la gorge et difficulté dans la déglutition. La voix était notablement altérée, et même à la fin l'aphonie devint complète. Mort le mardi 3 mai, à trois heures.

Autopsie le 4 mai, vingt-quatre heures après la mort.

Le cadavre présente plusieurs ecchymoses aux membres supérieurs.

Les veines sous-cutanées des membres supérieurs et inférieurs offrent sur leur trajet des nodosités sensibles à la vue et au toucher, mais ne disparaissant pas par la pression.

A la partie moyenne et externe du bras droit, il y a la trace d'une ponction qui a été faite.

A la partie antérieure et moyenne de la cuisse droite, on aperçoit la trace d'une ponction d'où l'on peut faire sourdre un pus

brunâtre. Même chose au niveau de la partie postérieure et supérieure de la tête du péroné, ainsi qu'à la partie moyenne et inférieure de la jambe, où deux abcès ont été ouverts.

A la jambe gauche, à cinq travers de doigt au-dessous de la tête du péroné, existe une ouverture d'abcès ne laissant rien suinter. A la partie moyenne de la jambe gauche, plaie provenant d'une ponction et laissant suinter un pus brunâtre.

La face plantaire du pied gauche offre à sa partie moyenne, et sur la ligne médiane, une incision de 2 centimètres et demi donnant issue à un pus grisâtre.

Au bras droit, dans l'épaisseur du muscle triceps, se trouve un abcès de la grosseur d'une aveline ; de même au niveau de la saillie de l'épicondyle.

A l'extrémité supérieure et postérieure du deuxième métacarpien, au-dessous de l'aponévrose, abcès contenant un pus sanguinolent.

Abcès à la partie moyenne du cubital postérieur. Le bras gauche n'offre aucune altération.

A la cuisse droite, abcès sous-aponévrotique du volume d'un œuf de pigeon, recouvrant le muscle droit antérieur rempli d'une boue grisâtre.

A la jambe droite, abcès constitué par du pus non collecté, mais existant plutôt à l'état d'infiltration dans les divers tissus compris entre la peau et le tibia. Le pus qui le constitue est grisâtre, mal lié, huileux. Le tibia est intact au-dessous de l'abcès.

A la jambe gauche, il y a un vaste décollement de la peau de la partie postérieure.

A la plante du pied gauche, abcès situé entre l'aponévrose et les muscles ; ceux-ci sont grisâtres, comme infiltrés de pus.

Il n'y a pas d'épanchement dans les plèvres ni dans le péricarde.

Le cerveau est sain.

En ouvrant le larynx par sa partie postérieure, on aperçoit sur toute la partie de la face antérieure qui s'étend du sommet de l'épiglotte au niveau du bord inférieur du cartilage cricoïde une surface grisâtre parsemée de taches rouges ayant l'aspect de petites ulcérations. Ces ulcérations sont disposées de la manière suivante : Elles semblent partir en divergeant d'un point situé au niveau de l'insertion antérieure des cordes vocales de chaque

côté; de là partent deux prolongements qui circonscrivent assez exactement le sommet et une partie des faces latérales de l'épiglotte.

Immédiatement au-dessous, se voit, séparée de l'ulcération précédente par une surface triangulaire rouge, mais non ulcérée, la corde vocale supérieure, à peu près complètement détruite et offrant un aspect grisâtre.

Entre la supérieure et l'inférieure, on trouve une petite fente transversale présentant des bords rouges et formée par l'ouverture des ventricules du larynx.

La corde vocale inférieure qui est immédiatement au-dessous est aussi complètement détruite et se continue vers la face postérieure du larynx, avec une vaste ulcération qui s'étend de chaque côté de l'ouverture du ventricule déjà décrite au bord inférieur du cartilage cricoïde.

Ces plaques grisâtres semblent renfermer du pus contenu sous la muqueuse.

Les fosses nasales sont légèrement injectées, mais n'offrent aucune trace d'ulcération. Rien dans la trachée ni les bronches.

On trouve dans les fosses nasales du pus, avec lequel on inocula un autre cheval qui mourut, et ne présenta pas d'ulcération des fosses nasales, mais des abcès dans le poumon. Le pus de ces abcès servit à inoculer un troisième cheval, qui périt avec les accidents de la morve aiguë.

M. *Marcé* présente :

4. Un rétrécissement de l'extrémité inférieure du rectum, trouvé chez un jeune homme de seize ans; la muqueuse et la tunique musculieuse sont hypertrophiées.

M. *Cruveilhier* pense qu'il faut rattacher l'hypertrophie à une inflammation chronique. Le sphincter s'atrophie dans les chutes du rectum.

M. *Marcé* montre, en outre, un rein trouvé chez un garçon mort de la fièvre typhoïde, chez lequel on voit en outre un abcès développé dans le muscle grand droit de l'abdomen. Il y avait une dilatation énorme du bassinet, l'uretère était perméable et la vessie vide; il n'y avait pas eu de rétention d'urine.

M. *Leudet* présente :

5. Une portion de cœur sur laquelle les artères coronaires sont ossifiées dans toute leur étendue, tout en restant encore per-

méables. Cet état ne se manifesta par aucun trouble pendant la vie; les valvules sont saines.

6. Une *hypertrophie simple des parois de l'estomac*, trouvée chez un homme amaigri, ayant présenté des vomissements sans tumeur épigastrique. Le pylore est sain; la paroi de l'estomac communiquait avec une poche purulente accolée au foie, offrant dans ce point une perforation qui a produit une péritonite; le cardia est rétréci et la tonique musculieuse est hypertrophiée à son niveau, sans apparence de cancer. Cette pièce, examinée au microscope par MM. Leudet et Robin, ne contient, en effet, pas de cancer.

7. M. Henry montre l'*intestin* d'un homme mort dans le service de M. Valleix, après avoir présenté pendant cinq mois une diarrhée incoercible. Les trois quarts inférieurs de l'intestin grêle offrent une éruption confluyente qui paraît avoir son siège dans les follicules isolés. Dans le rectum, on aperçoit des espèces de végétations nombreuses, irrégulières; la muqueuse paraît épaissie dans certains points et détruite dans d'autres.

8. M. Leudet présente un exemple de *caillot dans la veine cave* à la suite de la fièvre puerpérale.

Une femme de vingt-deux ans, accouchée il y a environ deux semaines à la Maternité, fut prise il y a huit jours des accidents de la fièvre puerpérale, et entra à l'hôpital de la Charité dans un état de prostration extrême; elle mourut, et voici ce que l'autopsie a montré. La cavité utérine est distendue, on trouve du pus dans les veines utérines et les veines hypogastriques; la veine iliaque cave inférieure est obstruée par des caillots adhérents à la paroi veineuse, qui est d'un rouge livide, uniforme, sans réseaux: ces caillots se décolent assez facilement, et se propagent dans la veine primitive gauche, dans les veines hypogastriques, et jusque dans les utérines; la veine utéro-ovarienne est elle-même bouchée par des caillots qui se continuent jusque dans la veine rénale gauche; on trouve dans le rein quelques petits abcès; les veines du côté droit, la veine porte, sont saines; rien dans le poumon ni le cerveau. C'est là un exemple de phlébite par propagation qui explique la formation des abcès que l'on rencontre. Il est rare de voir la phlébite remonter aussi haut. M. Cruveilhier a publié un cas analogue.

9. M. Barth fait la communication suivante, avec les pièces

à l'appui, sous le titre de : *Cancer gélatineux des os, péricardite cancéreuse hémorrhagique.*

Mondloch (Jean), journalier, âgé de vingt-sept ans, est entré à l'hôpital Beaujon le 2 avril 1853. Cet homme, fort, robuste, bien musclé, a perdu son père lorsqu'il n'avait que six ans ; sa mère est morte à quarante-sept ans, après avoir eu les membres inférieurs enflés jusqu'au ventre ; sa sœur et ses trois frères se portent bien. Ce malade n'a cessé de travailler que depuis six jours, mais il souffre depuis longtemps de la région des lombes en se baissant et en se relevant. Au rapport de l'un de ses frères, ces douleurs remonteraient à des coups reçus antérieurement, à une époque qui n'a pu être déterminée.

A la visite du 3 avril, on constate une douleur dans les reins et dans le ventre, avec difficulté de fléchir et de redresser le tronc, sans tumeur extérieure. La langue est blanche, les urines fournissent un dépôt rougeâtre abondant ; il y a de la constipation. Le diagnostic fut : Embarras gastrique et lumbago. Prescription : eau de Sedlitz et potion diacodée.

Le 4 avril, le malade a eu deux selles ; la douleur est plus vive dans le ventre et les reins ; la pression des lombes est douloureuse, sans tumeur ni rougeur. Six ventouses scarifiées procurent un soulagement qui ne dure pas ; une deuxième application de ventouses n'empêche pas les douleurs de s'accroître ; la marche devient de plus en plus difficile. Le malade ne se lève plus.

Le 13 avril, la région des lombes est tuméfiée, et douloureuse surtout à la percussion. Une troisième application de ventouses procure de nouveau un léger soulagement.

Le 15, les douleurs sont plus vives, la tuméfaction plus évidente, sans rougeur, sans empâtement. On diagnostique un abcès *prévertébral*, et l'on applique de nouveau cinq ventouses, qui ne produisent aucune amélioration. Les douleurs persistent de plus en plus vives ; la tuméfaction à large base devient plus saillante, ferme, rénitente, sans fluctuation manifeste.

Les accidents s'aggravent vers les premiers jours de mai. Les douleurs sont plus vives du côté des reins et dans le ventre ; on constate, en outre, de la constipation, de la rétention d'urine, une matité étendue à la région précordiale avec voussure ; les bruits du cœur sont faibles et éloignés ; la tumeur lombaire gauche augmente de volume ; une petite tumeur se montre à la

partie postérieure de la crête iliaque droite : cette tumeur est ferme, sans dureté aucune. Peu après on voit se manifester des accidents de compression de la moelle ; il y a rétention d'urine, diminution de la sensibilité et de la motilité des membres inférieurs, un peu de faiblesse dans les membres supérieurs.

M. Huguier, appelé pour voir le malade, pratique sur la tumeur lombaire une incision qui ne donne issue qu'à un peu de sang et à un liquide visqueux.

Le 8 mai, le malade dépérit de plus en plus : voussure et matité plus étendue à la région précordiale ; bruits du cœur faibles, éloignés, sans bruit anormal ; oppression ; pouls irrégulier, mou, 90 à 95 ; quelques râles sonores et sous-crépitants des deux côtés, crachats muco-purulents et muqueux ; la veine jugulaire gauche est dilatée, sans œdème des membres supérieurs ; des plaques érysipélateuses couvrent le front, et le malade meurt le 12 mai au matin.

L'autopsie a révélé un cas de cancer des os à vingt-sept ans, et dont le diagnostic n'avait pu être établi. A gauche de la colonne vertébrale, on trouve une tumeur siégeant au niveau de la première vertèbre lombaire, du volume d'un gros œuf de poule et molle. La vertèbre sciée montre que le corps de la première vertèbre est au trois quart envahi par une matière qui ressemble à celle du cancer gélatineux ; il ne reste plus qu'une lame osseuse antérieure qui soutenait la colonne vertébrale, tout en ayant un peu fléchi.

La matière cancéreuse entoure la moelle qu'elle comprime, et se répand dans la douzième dorsale et la deuxième lombaire, qu'elle envahit en partie ; la tumeur fait saillie en arrière, à gauche des apophyses épineuses, et est recouverte en avant par le muscle psoas ; elle offre une trame aréolaire de laquelle on exprime un suc gélatineux ; une lamelle osseuse l'enveloppe. La crête de l'os des îles supporte une tumeur analogue, qui a pris naissance entre les deux lames compactes de l'os, les a écartées du double, de manière à offrir un aspect rayonné ; quelques petites tumeurs semblables existent dans plusieurs autres points de l'os coxal.

Le péricarde est distendu par un litre et demi de liquide sanguinolent ; le cœur est petit, recouvert d'une couche épaisse de matière cancéreuse formant des masses mamelonnées ; les cavités

du cœur sont saines. Les plèvres contiennent un peu de sérosité; sous la plèvre costale gauche, on aperçoit quelques petites plaques cancéreuses; le poumon gauche contient un assez grand nombre de tumeurs semblables; enfin sous la plèvre pulmonaire droite on voit certains points cancéreux commençants. Rien dans les bronches ni dans le larynx, si ce n'est un peu d'œdème sous-muqueux des replis aryéno-épiglottiques. La muqueuse gastrique est parcourue par un peu de rougeur arborescente. La veine jugulaire droite, distendue, contient un caillot volumineux, à surface chagrinée. Le foie est congestionné, et renferme çà et là quelques petites masses carcinomateuses; rien dans la rate. L'un des reins offre à sa partie concave un commencement d'infiltration carcinomateuse; la veine est saine. Le crâne n'a pas été ouvert.

10. M. Mahieux présente l'*utérus* et les *ovaires* d'une jeune femme trouvés dans les conditions suivantes :

Cette femme, âgée de vingt-deux ans, habituellement bien portante, avait vu ses règles manquer à leur époque ordinaire il y a quinze jours. Elle entra à l'hôpital le 14 mai, ayant de la fièvre et le ventre très douloureux. On soupçonna un avortement avec péritonite consécutive.

À l'autopsie, on trouva une injection considérable de toute la masse intestinale, avec de faibles adhérences des fausses membranes, plus épaisses dans le bassin, et du pus dans les culs-de-sac péritonéaux de l'excavation pelvienne. L'*utérus* n'est pas augmenté de volume et a sa consistance normale; sa muqueuse ne présente non plus rien de particulier. On voit dans l'*ovaire* gauche un corps mou, formé de substance jaunâtre à l'extérieur, et contenant un caillot sanguin à l'intérieur.

M. Depaul. — J'ai eu occasion d'examiner cette pièce, et je n'y trouve rien qui indique une fécondation récente. L'*utérus* n'a subi aucune des modifications que lui imprime la grossesse. La masse contenue dans l'*ovaire* ne ressemble pas au corps jaune appartenant à la fécondation. Les deux parties de coloration différentes dont se compose cette masse se continuent insensiblement et offrent tout à fait l'apparence d'un caillot décoloré à sa périphérie.

11. M. Barth fait la communication suivante sur un cas de *phthisie laryngée*, et montre des pièces à l'appui.

Le nommé Gannivet (Georges), âgé de cinquante-cinq ans, tailleur, entre à l'hôpital Beaujon le 27 avril 1853. Cet homme, fortement constitué, d'un embonpoint considérable, mais avec des chairs pâles et molles, est sujet aux catarrhes depuis une quinzaine d'années. La respiration est courte, la voix enrouée depuis deux ou trois ans.

La dyspnée et l'enrouement sont plus marqués depuis dix mois.

A son entrée, le malade offre une dyspnée qu'il rapporte au cou ; la respiration est sifflante, rauque, s'entendant à distance ; la toux sifflante, les crachats muqueux, blancs, spumeux, filants ; pas de fièvre. La respiration trachéale est perceptible en arrière aux deux sommets.

On diagnostiqua une phthisie laryngée, mais il était difficile de savoir si elle était tuberculeuse ou syphilitique. On obtenait les renseignements suivants :

A vingt-trois ans, le malade fut atteint d'une affection qui dura deux ans et qui fut caractérisée par de la toux, de l'expectoration et de l'amaigrissement ; on le crut tuberculeux. Cependant il se rétablit, et son embonpoint revint.

Il n'a jamais eu d'hémoptysie, de sueurs, de dévoiement.

D'un autre côté, on trouvait à l'extrémité antérieure de la langue une ulcération taillée à pic, à bords épais ; il n'y avait rien dans l'arrière-gorge. Mais le malade n'a jamais eu d'éruptions cutanées, il a eu un chancre volant, il y a vingt-cinq ans. Ayant, dans un mémoire publié dans les *Archives*, cherché à établir que dans la phthisie laryngée tuberculeuse les ulcérations marchent de bas en haut, du larynx vers les parties supérieures ; que dans la phthisie syphilitique elles marchent de haut en bas, du pharynx vers le larynx, je diagnostiquai une phthisie tuberculeuse.

M. Huguier, qui vit le malade, ne s'en fiait pas aux signes que je viens d'indiquer, et inclinait vers l'idée d'une affection syphilitique.

Le malade mourut le 14 mai.

Autopsie. — On voit sur le larynx de nombreuses ulcérations ayant détruit les cordes vocales droites, ainsi que le cartilage aryénoïde du même côté, sans trace de cicatrisation. La muqueuse est tuméfiée. Ça et là on trouve de petits points blancs

sous-muqueux, qui semblent de nature tuberculeuse. Le poumon droit contenait quelques petites excavations et de nombreuses granulations miliaires; à gauche on rencontrait des tubercules crus. Les autres organes étaient sains.

Ce fait m'a paru intéressant, dit M. Barth, comme cas de diagnostic difficile, comme confirmatif d'idées émises dans un travail antérieur, et comme exemple de phthisie laryngée chez un sujet de quarante-cinq ans.

M. Barth montre encore les reins d'un individu mort de variole hémorrhagique. Cet homme, âgé de vingt-huit ans, serrurier, fut pris le 5 mai des prodromes des affections aiguës, fièvre, nausées, vomissements, douleur lombaire très prononcée.

Le 12 mai, au matin, sa peau était rouge comme dans la scarlatine la plus confluyente, et offrait de plus çà et là de petites pétéchies de 4 ou 5 millimètres de diamètre, disséminées sur le tronc et les membres. Il y avait, en outre, sur la voûte palatine et le voile du palais de petites taches blanches non pustuleuses. Les douleurs lombaires étaient très vives; on fit une saignée. Le sang était très diffluent; le coagulum avait la consistance d'une gelée molle, et offrait, sur un fond noir, des filaments blanchâtres au milieu d'une couche grise transparente. Les urines, colorées en rouge, laissaient déposer une couche de sang. Nous pensâmes à une hémorrhagie rénale. Le malade mourut le soir.

A l'autopsie on trouva quelques taches ecchymotiques sur le péricarde, sous les plèvres, dans les replis du péritoine. Le bassin et la cavité du rein gauche contenaient du sang noirâtre, et une infiltration sanguine existait sous la muqueuse. C'est là un cas de variole hémorrhagique avec hématurie, comme j'ai eu occasion d'en montrer à M. Rayer.

M. Leudet fait remarquer que ces accidents paraissent avoir une certaine fréquence à l'époque actuelle, puisqu'il a pu, depuis six semaines, observer dans le service de M. Rayer une rougeole hémorrhagique et un ictère avec hématurie.

12. M. Duchaussoy montre une tumeur de l'amygdale. Cette tumeur, dure, bosselée, du volume d'une noix, était adhérente au pilier antérieur du voile du palais du côté gauche. Depuis deux ans le malade était sourd d'un côté, avalait avec difficulté, et éprouvait depuis le mois de février des douleurs lancinantes; on le cautérisa à plusieurs reprises. M. Roux avait diagnostiqué

un cancer de l'amygdale, et se disposait à l'enlever lorsque le malade est mort. On trouva, en outre, quelques petites tumeurs isolées sur l'épiglotte et une petite tumeur dure à l'orifice pharyngien de la trompe d'Eustache. Cette tumeur, examinée par M. Leudet, était formée de tissu fibro-plastique.

13. M. Rombeau présente un calcul de l'urètre sur lequel il donne les détails suivants :

Le jeune homme auquel appartenait ce calcul, âgé de seize ans, n'avait éprouvé aucun trouble dans le cours et l'émission des urines jusqu'à il y a huit mois. Alors, et à la suite d'un violent effort pour expulser les urines, il est pris d'une rétention d'urine considérable. Un médecin appelé repousse avec la sonde quelque chose dans la vessie.

Six mois après, dans un nouvel effort, apparaît un calcul qui reste alors dans la portion spongieuse, immédiatement au niveau de la partie antérieure du scrotum, gros à cette époque comme l'extrémité du petit doigt. Depuis le calcul prend peu à peu du volume. En même temps, l'urine s'échappe presque continuellement lorsque le malade marche ; il éprouve de vives douleurs ; mais vient-il à conserver le repos, que bientôt il urine, seulement à volonté, et même, ce qui est remarquable, par un jet d'urine plus considérable peut-être que celui d'un jeune homme du même âge non atteint de la même lésion ; parfois hématurie lorsque le malade marche trop longtemps. Urines chargées depuis deux mois surtout.

Je ne m'arrêterai pas à donner les signes physiques, locaux, du calcul ; les antécédents donnent les physiologiques.

25 mai. M. Velpeau va chercher le calcul en incisant la paroi inférieure de l'urètre avec les téguments qui la recouvrent par une incision parallèle au trajet du canal.

Comme il le recommande (*Médecine opératoire*), il fixe le pénis solidement avec le doigt indicateur et le pouce placé derrière le calcul ; une sonde cannelée est introduite, d'une autre part, dans l'urètre jusqu'au corps étranger et soulève quelque peu les téguments.

L'incision est suffisamment agrandie, une fois la ponction faite précisément au niveau du calcul.

On fait l'extraction avec quelques difficultés, en écartant les lèvres de la plaie, en énucléant le calcul avec l'extrémité d'une

sonde cannelée, qui, du reste, brise légèrement le calcul à sa surface.

Ce calcul est ovoïde, du volume d'une très grosse noisette, régulier, arrondi à sa surface, quoique très légèrement granuleux; il est gris blanchâtre à cette même surface; mais plus profondément, par une coupe lisse, unie, faite sur la partie moyenne, on rencontre à deux ou trois lignes de profondeur une couche noirâtre, formant comme la partie corticale d'un noyau central à couches concentriques plus foncées, à densité plus grande. J'en ai fait l'examen chimique avec M. Fatou, interne à la Charité.

1° Première portion.

Acide urique. Constaté en faisant dissoudre le calcul dans l'acide azotique et évaporant jusqu'à siccité; le résidu, traité par l'ammoniaque, a donné une coloration violette interne, qui caractérise nettement la présence de l'*acide urique*.

2° Présence de la *chaux*. Le calcul, dissous dans l'acide chlorhydrique, évaporé jusqu'à siccité pour chasser l'excès d'acide, dissous ensuite dans l'eau distillée, a fourni avec l'oxalate d'ammoniaque un précipité d'*oxalate de chaux*.

Deuxième portion.

3° *Del'ammoniaque*. En traitant le calcul par la potasse caustique, et chauffant un papier rouge de tournesol qu'on présente à l'ouverture du tube, on a la coloration bleue indiquant la présence de l'ammoniaque.

4° On constate également de l'acide urique et de la chaux.

Les deux portions sont donc chimiquement identiques.

Les proportions des éléments sont seulement différentes.

Le calcul est un urate d'ammoniaque avec sel à base de chaux.

Voilà donc un exemple remarquable d'un calcul volumineux pouvant séjourner dans l'urètre, et présenter des phénomènes différents de ceux qu'on devrait s'attendre à observer. Cette pièce est assez curieuse encore, ne fût-ce que sous le point de vue de sa rareté; car on sait que les calculs qu'on rencontre habituellement dans l'urètre sont, en général, plus petits et se présentent plutôt au gland, au méat urinaire.

Nous avons pu observer dans le service de M. Velpeau, à la Charité, deux faits de ce genre, depuis le 1^{er} janvier 1853.

14. M. Rombeau montre une *petite tumeur fibreuse* enlevée par

M. Velpeau sur la paume de la main d'une femme de trente ans.

Cette malade s'aperçut, il y a deux ans, d'une petite tumeur dans la paume de la main droite. C'était plutôt un épaississement du derme et de l'épiderme qu'une tumeur proprement dite. Elle se servait de la main pour des travaux assez rudes. Peu à peu la tumeur augmente, en deux ans elle acquiert le volume qu'elle présente aujourd'hui.

Dans la paume de la main droite, sur le trajet des tendons du fléchisseur, principalement vers le tendon qui se rend au doigt médius, on observe une tumeur sphérique du volume d'une noisette. Cette tumeur extérieurement a une apparence cornée; elle semble parcourue par des stries parallèles qui forment à la surface comme des écailles; elle est résistante, adhérente à la peau; sa base est nettement délimitée par un cercle d'épiderme d'apparence cornée. Cette tumeur est jaune grisâtre; elle n'est le siège d'aucune douleur.

Dissection, ablation de la tumeur par deux incisions circonscrivant la tumeur et se rencontrant à angle aigu.

Cicatrisation presque complète le 1^{er} juin.

A la coupe, cette tumeur est blanche, d'un blanc plus net dans la profondeur qu'à la surface; elle est un peu plus molle à mesure qu'on se rapproche des couches plus profondément placées, et résiste à la coupe.

A l'examen micrographique, on trouve dans toute l'étendue de la tumeur, en quelques points qu'on prenne des tissus, l'élément histologique des tumeurs fibreuses; c'est-à-dire qu'on trouve l'élément, la fibre fondamentale du tissu fibreux. En effet, on distingue des faisceaux de fibres enroulées, agglomérées, puis à la périphérie de la préparation quelques fibres souvent isolées et offrant les caractères suivants. Les bords en sont nets, bien limités, de manière à parfaitement trancher sur la matière amorphe des granulations moléculaires, qui se rencontrent là comme dans toute préparation au microscope. Toutefois les derniers éléments sont plus abondants dans les portions molles de la tumeur. De plus, à ses extrémités, la fibre est également bien tranchée, à bords déchiquetés, et même les extrémités semblent contournées. Avec acide acétique, cette fibre perd de sa transparence, de sa netteté, mais ne se réduit point en une espèce de magma, comme le

ferait la fibre de l'élément du tissu cellulaire. Rien à noter pour les vaisseaux.

15. M. Prost montre, au nom de M. Nonat, des *kystes multiloculaires de l'ovaire*. Une femme avait vu disparaître ses règles depuis deux mois, puis avait été atteinte de diarrhée et de métrorrhagie. On trouvait dans la région hypogastrique, à gauche, une tumeur dure, volumineuse. La malade mourut. A l'autopsie, la cavité utérine est un peu grande; l'ovaire contient plusieurs kystes multiloculaires, dont quelques uns s'ouvrent dans le gros intestin, et dont l'un en particulier est ouvert à la fois dans l'intestin grêle et le gros intestin. Ces kystes faisaient saillie dans le vagin.

M. Dufour montre à la Société :

16. Les *vésicules séminales* d'un homme adulte chez lequel la vésicule du côté gauche n'existe pas. De ce côté seulement le canal déférent est un peu bosselé dans le point correspondant à la vésicule. Les deux testicules étaient égaux en volume.

17. Le *larynx* et la *langue* d'un homme de cinquante-six ans, entré à l'hôpital du Midi avec de l'aphonie, de la cachexie et tous les symptômes de la phthisie laryngée. On voit sur le bord de la langue et sous la pointe des ulcérations reposant sur une base indurée.

La trachée, le larynx, sont aussi parsemés d'ulcérations. Les poumons offraient des cavernes tuberculeuses.

18. M. Grellet de Fleurette montre deux *corps fibreux de l'utérus* recueillis dans le service de M. Hardy, à l'hôpital Saint-Louis.

Picolet (Estelle), quarante-quatre ans, domestique, entre le 7 avril 1853. Pas de renseignements sur la santé antérieure; n'a jamais eu d'enfants. Depuis six mois la menstruation est abolie. Il y a seize ans environ, on a constaté la présence de tumeurs abdominales, dont le volume a lentement et progressivement augmenté jusqu'à ce jour.

A son entrée, on trouve la paroi abdominale fortement soulevée par deux tumeurs: l'une, plus volumineuse, occupe toute l'excavation du bassin et proémine surtout dans la fosse iliaque gauche, où elle fait une saillie énorme; rénitente, elle donne au doigt qui percute le sentiment d'une fausse fluctuation; l'autre, d'une consistance plus grande, inégale, bosselée, située à droite

et au-dessus de la précédente, semble faire corps avec le foie; elle refoule en haut le diaphragme, son bord inférieur dépasse à peine les fausses côtes, et par sa forme, sa situation, en impose aisément pour le bord inférieur du foie dégénéré. Ces deux tumeurs se trouvent séparées par un sillon très manifeste, oblique de haut en bas et de gauche à droite, sillon qui paraît établir leur indépendance. L'alimentation solide est devenue impossible, la dyspnée est extrême et présente des redoublements pendant lesquels la malade se couche et se lève alternativement; dans les reins, douleurs symptomatiques, peu d'œdème aux extrémités inférieures; face amaigrie, mais ne présentant pas les signes de la cachexie cancéreuse. Il existe, en outre, une paralysie du bras droit, dont la date et la cause sont inconnues.

On diagnostique : un corps fibreux de l'utérus ou peut-être un kyste de l'ovaire et une tumeur du foie probablement hydatique.

Depuis son entrée, pas d'hémorrhagies utérines; le volume des tumeurs va en augmentant, mais dans une faible proportion; toutefois la dyspnée, l'orthopnée acquièrent une intensité effrayante; le pouls devient petit, irrégulier; la digestion de bouillons simples est à peine possible; enfin la malade meurt le 26 mai, avec tous les signes de l'inanition et de l'asphyxie, qui s'expliquent suffisamment par l'énorme compression que les tumeurs doivent exercer sur le canal digestif et les poumons.

Autopsie. — La paroi abdominale enlevée, on trouve peu d'épanchement dans la cavité, des adhérences du grand épiploon avec la paroi et la face antérieure de deux tumeurs. L'une, inférieure, monstrueuse, plonge dans le petit bassin, qu'elle remplit exactement, puis s'épanouit dans le grand bassin, en se portant surtout vers la fosse iliaque gauche. L'autre présente les rapports, la situation et la forme du foie; son bord apparent fait à peine saillie au-dessous du rebord des fausses côtes. Ces deux tumeurs sont reliées entre elles par un pédicule qu'un examen attentif démontre être l'utérus avec son volume normal. L'ablation simultanée des deux tumeurs met en évidence le foie libre de toute adhérence, parfaitement intact, d'un volume anormal, se moulant par sa concavité sur la convexité de la tumeur supérieure et refoulé profondément dans le thorax par cette dernière. Le bord inférieur du poumon est placé au niveau du troisième espace intercostal. Les intestins, dont le calibre est diminué, sont

à la face postérieure des tumeurs appliqués sur la colonne lombaire; les veines mésentériques sont très dilatées. La vessie, atrophiée, est déjetée à droite de la tumeur inférieure à laquelle elle adhère; les uretères sont dilatés, surtout le gauche, qui, contournant la partie antérieure de la tumeur pour rejoindre la vessie, se trouve comprimé entre le pubis et la tumeur; percé pendant l'autopsie, il laisse échapper une quantité notable d'urine. Le rectum, plein de matières fécales durcies, a sa position normale. L'utérus a sa forme et son volume habituels, son tissu est un peu ramolli; sur ses parties latérales, on voit les ovaires et les trompes intacts; à sa surface, deux petits corps fibreux pédiculés et rudimentaires; sur sa face antérieure, au voisinage du col, s'implante la tumeur inférieure qui, en se développant, a contracté de fortes adhérences avec la paroi antérieure du vagin; la tumeur supérieure naît également de la face antérieure, mais au voisinage du bord supérieur: en se développant, elle a fait éprouver au corps utérin une légère torsion suivant son grand axe. A la surface de la première tumeur rampent des veines très dilatées, présentant dans leur intérieur de petites concrétions sphéroïdales assez molles, formées de couches concentriques qui se séparent avec facilité. Le kyste fibreux qui enveloppe la tumeur est très dense et très épais; incisé, il s'énuclee assez facilement et met à nu un tissu rougeâtre, ramolli, friable en certains points, où l'on trouve des cavités tantôt pleines de pus, tantôt remplies d'une sérosité rousse semblable à du sang altéré, lésions qui paraissent attester la production d'un travail hémorrhagique et inflammatoire dans l'intérieur de la tumeur.

La deuxième tumeur présente un aspect et une consistance toute différente. Dure, inégale, bosselée, elle est enveloppée par un kyste fibreux peu épais, en certains points de sa surface; elle est ramollie; une incision y démontre une matière semi-fluide, présentant l'aspect de grumeaux de graisse nageant dans un liquide huileux filant. La tumeur est dure, d'un aspect jaune; à la coupe, on la trouve infiltrée de matière calcaire qui, en certains endroits, forme des amas assez considérables. Je noterai enfin qu'à la surface des deux tumeurs se voient plusieurs petites tumeurs adventives qui sont en dehors du kyste fibreux. Le poids des deux corps fibreux unis par l'utérus est de 40 kilogrammes $1/2$, et en tenant compte des liquides qui se sont

écoulés par le fait de l'incision, on peut évaluer leur poids à 12 kilogrammes.

Sans avoir la prétention d'apprécier à sa juste valeur le fait pathologique que je sou mets à la Société, je ferai remarquer :

1° Le volume extraordinaire de ces corps fibreux ;

2° Leur différence de structure ;

3° L'erreur de diagnostic, à peu près inévitable, qui résulte de la situation, de la forme et de la consistance respective de ces deux productions morbides.

OBSERVATION.

Phthisie tuberculeuse des poumons, des voies génito-urinaires et du foie.

— Par M. Dufour, interne des hôpitaux.

Le nommé Taffoureau, âgé de soixante ans, entré le 29 avril 1853, à l'hôpital du Midi.

Ce malade fournit les renseignements suivants :

Une chaudepisse en 1832. L'embarras des voies urinaires remonte à trois ans. Le jet de l'urine était diminué, et alors que la miction n'avait pu se faire souvent qu'après de longs et pénibles efforts, l'urine coulait souvent goutte à goutte et involontairement ; en même temps, le malade remarqua un écoulement urétral abondant. Depuis cette époque, toujours les fonctions urinaires ont été très gênées et très incomplètes, l'écoulement purulent a continué pendant tout ce temps.

Le malade ne consulta personne jusqu'à ces derniers mois ; le 9 janvier seulement, à son dire, il fut pris d'un gonflement testiculaire à gauche. Quand il s'en aperçut, le testicule aurait eu environ la moitié du volume qu'il nous présente aujourd'hui. C'est la douleur qui éveilla l'attention du malade. Depuis déjà quelque temps il ne pissait plus que par incontinence continue et goutte à goutte. Pendant neuf jours la douleur testiculaire fut assez vive, mais le gonflement n'augmenta pas. Le malade fut adressé alors à M. *Civiale*, à l'hôpital Necker, où il entra le 19 janvier. On resta pendant huit jours, dit le malade, sans pouvoir arriver dans la vessie ; ce ne fut qu'avec une bougie très fine qu'on put pénétrer. Dès cette première dilatation, le malade urina facilement ; à partir de ce moment, on passa des bougies

de calibre croissant, en cire, jusqu'au n° 6; vers le 12 mars, M. Civiale coupa, dit le malade, deux brides dans l'urètre, et immédiatement put entrer un cathéter d'étain du n° 18.

Depuis ce moment, le malade fut assez bien dans les premiers temps; la douleur testiculaire avait complètement disparu; mais le gonflement persistait. Il y a trois semaines une hématurie se manifesta pendant deux jours, à la suite d'un cathétérisme fait par M. Caudmont, remplaçant M. Civiale, et qui poussa la sonde jusque dans la vessie, ce que, dit le malade, M. Civiale ne faisait jamais. Depuis ce moment, les urines doivent être rendues plus fréquemment et en très petite quantité.

Les urines sont très catarrhales, très fétides, il y a un suintement purulent continu par l'urètre avec sensation de brûlure. Vers le 18 avril le malade s'aperçut que le testicule droit se gonflait; depuis ce moment, le gauche a augmenté de volume, tandis qu'il serait resté toujours jusqu'à cette époque au même volume qu'il présentait le 19 janvier. Le malade quitte le service de M. Civiale. Aujourd'hui il nous présente un gonflement assez considérable douloureux de l'épididyme droit; à gauche, le gonflement, qui a le volume d'un œuf, paraît avoir envahi le corps de la glande et l'épididyme; il est dur, peu douloureux, à peu près d'égale consistance dans tous les points; le toucher rectal ne donne pas de renseignements précis; l'anus est lâche, bordé d'hémorroïdes; le malade prétend avoir eu une chute du rectum, il y a quinze mois. Depuis le 19 janvier, l'état général est devenu peu à peu de plus en plus sérieux; les forces diminuent, l'embonpoint disparaît, la figure a pris une teinte cachectique; le malade est forcé de garder le lit.

30. Bain. M. Ricord attribue le gonflement testiculaire gauche à de l'orchite chronique.

Par le cathétérisme avec la sonde d'argent, on arrivait facilement, sans obstacle, jusqu'à la région prostatique; arrivé là, on voyait de l'urine sortir par la sonde, et cependant il était impossible d'aller plus loin, de relever le bec de la sonde et d'entrer dans la vessie; il était évident qu'on pénétrait dans une poche antérieure et inférieure à la vessie et qui devait se prolonger même derrière elle, car la sonde entra à une profondeur telle, qu'on aurait pu se croire dans la vessie. Par le toucher rectal on ne trouvait pas de développement anormal de la prostate; on sen-

tait très bien la convexité de la sonde, qui n'était séparée de la cavité du rectum que par une très petite épaisseur des parties molles.

Il faut l'avouer, nous ne comprenions pas très bien, avec les seuls renseignements précédents donnés par le malade, à quelle lésion nous avions affaire ; nous eûmes bien l'idée d'une désorganisation organique, mais nous rejetâmes tout de suite la pensée d'une lésion cancéreuse, car le cathétérisme était presque indolent, ne s'accompagnait d'aucun écoulement de sang.

Le malade, dans un état de décrépitude très avancé pour son âge, ne se plaignait pas des organes thoraciques, et nous ne pratiquâmes pas, à tort, l'auscultation, qui nous eût donné des renseignements très précieux. Tous les deux jours, on cathétérisait le malade, tâchant toujours de pénétrer dans la vessie. Une fois, M. Ricord, avec une petite sonde de gomme élastique à courbure prostatique, crut pénétrer dans la vessie, ce fut la seule fois.

Vers le milieu de mai, le malade fut pris d'une tuméfaction douloureuse au-dessus des pubis, qui se termina bientôt par un abcès qui fut ouvert et donna issue à du pus sanieux, fétide, avec des bulles de gaz et à de l'urine. A partir de ce moment, le malade urina toujours par l'ouverture de cet abcès et un peu par la verge ; il était continuellement baigné d'urine. L'état général s'aggrava ; le malade semblait être dans un frisson continu, ramassé et blotti sous ses couvertures, la voix vacillante, l'appétit perdu ; il s'éteignit enfin sans phénomène nouveau, le 22 mai. Dans les derniers temps, sa verge était enflée, mais sans rougeur, sans douleur : on eût dit que l'urètre était soufflé, car le tissu cellulaire sous-cutané était parfaitement souple.

Bains de propreté fréquents ; toniques en tisanes, en juleps, en aliments jusqu'à la mort.

Autopsie. — Tissu du cœur ramolli.

Adhérences pleurales nombreuses du poumon droit avec nombreuses cicatrices tuberculeuses au sommet, mais sans tubercules en voie d'évolution.

Le poumon gauche présente des adhérences excessivement résistantes avec toute la plèvre costale, mais surtout à la base avec la plèvre diaphragmatique ; dans ce point, les adhérences sont même si résistantes, qu'on ne peut les vaincre que par l'instrument tranchant : il est alors facile de distinguer une épaisse couche de

fausses membranes fibreuses, unissant la base du poumon avec la plèvre diaphragmatique ; dans quelques points de l'épaisseur de ces fausses membranes, on trouve des dépôts tuberculeux ramollis, circonscrits, qui nous paraissent, par leur disposition, être postérieurs en origine à la formation des fausses membranes.

Le parenchyme du poumon gauche est infiltré de tubercules miliaires dans une grande partie de son étendue ; il est criblé de petites cavernes réunies entre elles qui n'ont plus laissé intactes que les ramifications bronchiques et les vaisseaux pulmonaires, comme si l'on avait fait macérer le poumon pour détruire le tissu cellulaire.

Rien aux reins et à la rate.

Le foie présente une altération qui n'est visible que lorsqu'on en a été préalablement averti par le toucher : ainsi on sent au doigt, soit à la surface, soit dans l'intérieur du parenchyme, des granulations dures, grisâtres comme des grains de semoule épars dans la glande ; elles ne sont pas très confluentes, mais cependant le nombre en est considérable. J'ai distingué positivement au microscope la nature tuberculeuse de ces granulations ; elles tranchaient à peine par leur couleur, vu leur petit volume, sur le reste de la glande. Rien aux uretères.

Le cul-de-sac recto-vésical nous apparaît noirâtre, violacé, parsemé de granulations tuberculeuses, sous-séreuses ; il recouvre une masse indurée, formée sur les côtés par des ganglions sacrés, indurés et tuberculeux, et sur la ligne médiane par les vésicules séminales, le bas-fond de la vessie et la face antérieure du rectum qui sont reliés ensemble d'une manière inséparable, sans déchirure de l'une ou l'autre de ces parties. Toute cette masse est enlevée avec précaution, en y joignant le pubis, une portion de la paroi abdominale sus-pubienne, la peau du périnée. Afin de bien voir par où s'est faite la fistule urinaire aboutissant à la région sus-pubienne, une injection est poussée dans la vessie par une ouverture artificielle ; le méat urétral ainsi que l'orifice de la fistule urinaire étant préalablement liés, il est facile de voir que la verge enfla jusqu'à la racine du gland et dans ses trois quarts inférieurs par l'injection qui a été pratiquée. Nous verrons plus bas à quelle cause est due ce phénomène que nous avons vu sans bien le comprendre dans les derniers temps de la vie. Voici

les lésions que nous constatons sur la pièce convenablement préparée.

La cavité vésicale ne présente rien de particulier, si ce n'est des granulations tuberculeuses sous-muqueuses très abondantes vers le trigone vésical. La prostate n'existe plus, elle est en grande partie détruite, il n'en reste plus qu'une sorte de pont déchiqueté sur les bords; puis on tombe tout à coup sans transition dans une vaste loge anfractueuse qui s'étend depuis le rectum jusqu'à la racine des corps caverneux, remplissant par conséquent toute la région périnéale au-dessus du plancher musculaire. Cette loge n'était qu'une vaste caverne produite par la fonte purulente de tubercules volumineux de la prostate, de l'urètre vers le rectum; elle communiquait avec deux masses piriformes, les vésicules séminales, doublées de volume, tuberculeuses; la vésicule gauche présentait des tubercules ramollis, mais moins volumineux que les masses de la précédente. Les parois de cette caverne sont d'une couleur sale, vineuse, comme le fond d'un ancien clapier purulent; sur la ligne médiane on voit quelques débris de la charpente de l'urètre: c'était dans cette caverne que pénétrait le bec de la sonde qui arrivait facilement sous le pont restant de la prostate, soulevait celui-ci sans pouvoir pénétrer dans la vessie. Cette caverne devait toujours être remplie d'urine, car le col vésical ne pouvait plus remplir ses fonctions de sphincter; elle se prolongeait en arrière et au-dessous du bas-fond de la vessie, au moins de 2 centimètres jusqu'à la face antérieure du rectum, qui est intacte et ne présente pas de communication avec elle. A 1 centimètre en avant de la limite antérieure de cette caverne, l'urètre présente deux crevasses oblongues, larges de 6 à 8 millimètres, séparées par une colonne charnue, reste des parois urétrales de 3 millimètres environ de largeur; de ces deux crevasses, l'une à gauche, a 4 centimètres de longueur d'arrière en avant, l'autre 5 centimètres. Toutes les deux font communiquer le plancher urétral avec la face profonde du feuillet le plus profond du *fascia superficialis* qui se prolonge sur la verge, mais non pas avec le tissu cellulaire sous-cutané proprement dit. La plus grande crevasse communique en outre en arrière sous un petit pont membraneux avec la caverne précédente; vers le milieu de son étendue, elle communique avec un trajet qui conduisait l'urine au pubis, trajet de 1 centimètre

de diamètre environ, contournant le corps caverneux droit en dehors et en haut, dont les parois sont formées par la membrane fibreuse propre du corps caverneux et le feuillet le plus profond du *fascia superficialis*, d'abord, puis ce trajet remonte sous ce feuillet vers la région pubienne médiane. En ce point, l'urine accumulée entre les aponévroses de l'abdomen et le feuillet profond détermina l'abcès, qui fut ouvert et donna lieu à la fistule précitée. En avant, les deux crevasses correspondaient à un décollement entre toute la portion antérieure restante de l'urètre, les parties latérales du corps caverneux et toujours la face profonde du *fascia superficialis* jusqu'à la racine du gland ; c'est par là que l'urine s'introduisait dans la verge et la gonflait dans les deux tiers inférieurs de sa circonférence. Enfin, nous noterons comme dernier désordre, à 0,02 centimètres en avant des crevasses, quelques granulations sous la muqueuse de l'urètre de nature tuberculeuse, qui témoignaient par leur présence des dépôts plus abondants qui avaient dû exister et amener ainsi la destruction d'une grande partie des parois urétrales.

Le testicule gauche, correspondant à la vésicule séminale, présentant les plus grandes masses tuberculeuses, ne forme lui-même qu'une masse homogène ovoïde avec l'épididyme, sans limite de séparation, excepté, à la coupe, à la tête et à la queue ; les éléments normaux de la glande ont disparu entièrement et ont été remplacés par une masse complète de tubercules crus : on dirait, à la coupe, un de ces ganglions semblables à une châtaigne ouverte et qui ont été complètement envahis par la tuberculisation. La tumeur a le volume d'un gros œuf de poule ; les deux feuillets de la tumeur vaginale sont adhérents. Le testicule droit ne nous présente que des dépôts tuberculeux partiels de la tête et de la queue de l'épididyme. Dans toutes les altérations que nous avons énumérées, le caractère du tubercule a été positivement constaté par l'analyse microscopique ; au-dessus de la tête de l'épididyme, du côté droit, attenant au canal déférent, on trouve un kyste gros comme une noix, indépendant de la tunique vaginale.

Une injection d'eau pratiquée par le canal déférent dilate très bien les parties perméables de l'épididyme, sans pénétrer dans ce kyste, qui nous paraît complètement indépendant par cette première preuve et la dissection que nous en avons faite des voies

séminales. Le liquide qu'il contient est albumineux, coagulable par la chaleur, sans zoosperme; au microscope, la membrane du kyste est celluleuse, dans certains points seulement fibroïde, et présente à sa surface interne des cellules épithéliales incomplètement développées.

OBSERVATION.

Luxation de l'épaule et fracture du col du fémur. — Mort au bout de trente-deux jours. — Autopsie. — Par M. Bidard, interne à l'hôpital Saint-Louis.

Caillaud, soixante ans, portier, rue des Enfants-Rouges, est entré à l'hôpital Saint-Louis le 17 janvier 1853, salle Saint-Augustin, service de M. le professeur Denonvilliers. Ce malade est maigre, débile, et paraît plus âgé qu'il ne l'est réellement.

Le 16 janvier, à dix heures du soir, il est tombé dans son escalier. La tête est d'abord venue frapper la muraille, puis il est tombé sur les marches, et c'est le côté droit qui a porté. Il n'a pas perdu connaissance, mais il n'a pu ni se relever ni marcher. Les douleurs qu'il a éprouvées après sa chute étaient très peu aiguës.

État actuel, 17 janvier. — Le moignon de l'épaule droite est un peu porté en arrière et aplati en dehors, au niveau du deltoïde; ce muscle est tendu, sans dureté. L'acromion est très saillant; il existe un vide très marqué au-dessous de lui, et l'on ne peut sentir la tête de l'humérus en ce point. Les doigts ne rencontrent pas de saillie osseuse dans le creux axillaire. Le creux sous-claviculaire est remplacé dans sa moitié externe par un soulèvement qu'on reconnaît facilement être causé par la tête de l'os du bras. Cette portion de l'humérus remonte vers la clavicule, et n'en est pas éloignée de 2 centimètres. Un léger gonflement contribue encore à combler le creux sous-claviculaire. Le coude est placé à 8 centimètres environ du tronc, et un peu porté en arrière; le malade ne peut le ramener en avant. Je puis le rapprocher du corps sans difficulté et sans déterminer de douleurs vives. La mensuration pratiquée du sommet de l'acromion à l'épicondyle, de l'un et l'autre côté, ne permet pas de saisir de différence notable dans la longueur des deux bras.

Le malade est dans le décubitus dorsal, et cependant le

membre inférieur droit repose sur son plan externe. La cuisse est portée dans une abduction légère, et la jambe légèrement fléchie sur la cuisse; le talon droit est placé au niveau de la malléole interne du côté gauche. La partie supérieure de la face antérieure de la cuisse droite est un peu gonflée; ce gonflement forme un relief manifeste au niveau du triangle de Scarpa, et dans ce point on peut déjà voir une ecchymose commençante. La pression et les mouvements imprimés au membre sont très douloureux au niveau du grand trochanter; la douleur spontanée est presque nulle, ce n'est guère qu'une sensation d'engourdissement. Le membre abdominal droit présente un raccourcissement de 2 centimètres et demi, et je trouve encore 1 centimètre de raccourcissement après avoir ramené la pointe du pied en avant et exercé une légère traction sur la jambe. Le malade ne peut, en aucune façon, soulever son membre inférieur; tout mouvement spontané est impossible. Nous reconnaissons donc à la fois une luxation de l'épaule et une fracture du col du fémur.

Quelques heures après l'entrée de ce malade à l'hôpital, nous essayons de réduire la luxation. Une compresse imbibée de chloroforme est approchée de la bouche et des narines, et maintenue à une certaine distance, pour permettre d'inspirer en même temps une notable quantité d'air; malgré cette précaution, il faut renoncer bien vite à l'emploi du chloroforme, car le malade, atteint de bronchite chronique, ne peut respirer, et quelques symptômes d'asphyxie viennent promptement nous avertir des dangers qu'il court. Il n'est donc pas endormi; d'un autre côté, l'impossibilité de l'asseoir dans son lit, de le remuer, à cause de sa fracture du col du fémur, vient encore nuire à nos tentatives de réduction, et nous sommes forcés d'attendre l'arrivée de M. Denonvilliers pour remettre en place les surfaces articulaires.

Le 20 janvier, l'ecchymose produite par la fracture s'est bien agrandie; elle est visible dans toute l'étendue du triangle du Scarpa. M. Denonvilliers fait porter le malade à l'amphithéâtre: il est couché sur la table qui sert aux opérations, et la contre-extension est faite au moyen d'une alèze passée sous l'aisselle droite, et fixée à un anneau scellé dans la muraille. Une serviette solidement fixée par ses extrémités à la partie inférieure du bras droit forme une sorte d'anneau dans lequel on passe une alèze,

qui est tirée par quatre aides dans le sens du déplacement. La réduction est très promptement obtenue. On n'a pas essayé de se servir du chloroforme.

Pour remédier à la rotation en dehors et empêcher un déplacement consécutif, possible dans certains cas, la pointe du pied est ramenée en dedans, et le pied fixé dans une position convenable au moyen d'une attelle coudée à angle droit. La face plantaire est fixée le long de la branche verticale; la branche horizontale appuie sur le plan du lit, et empêche ainsi la rotation en dehors.

Le sujet de cette observation fut pendant quelques jours dans un état très satisfaisant : l'appétit était aussi prononcé qu'avant l'accident; les douleurs étaient presque nulles, et le malade se plaignait peu.

Le 10 février, on constate une escarre au sacrum; l'appétit est nul, la langue est rouge et sèche; il est survenu de la fièvre, quatre-vingt-huit pulsations; la peau est chaude et sèche; la toux fréquente, la respiration un peu gênée. Les jours suivants les symptômes s'aggravent, les forces diminuent, la prostration augmente, et le malade succombe à une pneumonie le 18 février.

Autopsie vingt-huit heures après la mort.

Au moyen d'une incision verticale pratiquée à la partie postérieure de la hanche du côté droit, j'arrive sur l'articulation coxo-fémorale, et je constate que la tête du fémur suit les mouvements imprimés au corps de l'os; le col fémoral me paraît former un angle à peu près droit avec la diaphyse, et être placé un peu plus inférieurement, par rapport au grand trochanter, que dans l'état normal. Mais malheureusement, en cherchant à luxer le fémur, après avoir coupé la capsule vers le bourrelet cotyloïdien, je romps toutes les adhérences des fragments, et la tête du fémur reste dans la cavité cotyloïde. Je ne puis donc préciser le déplacement des deux fragments.

Voici ce que j'ai constaté : La fracture est extra-capsulaire, et siège au niveau du point où la synoviale, doublée de fibres tendineuses, se replie sur le col du fémur. La plus grande partie des fibres reste fixée au fragment inférieur; mais évidemment la capsule s'insérât à la fois sur les deux. La fracture suit bien en arrière la ligne étendue du grand au petit trochanter. Du côté du fragment inférieur, la fracture est dirigée de haut en bas et

de dehors en dedans ; elle est concave d'avant en arrière, de manière à présenter une paroi antérieure et une paroi postérieure, formant un angle profond tourné vers le grand trochanter. Au-dessus et en arrière de cette surface fracturée, dans le point correspondant à la cavité digitale, nous trouvons une sorte de tubercule osseux de la grosseur d'une noisette, paraissant soulever la capsule par sa circonférence, et enfoncé dans la face interne du grand trochanter. Le long du bord antérieur de ce même fragment existe une saillie osseuse de nouvelle formation, placée en dehors de la capsule, et imitant assez bien la ligne inter-trochantérienne postérieure : c'est un tissu osseux, rougeâtre, friable, et très facile à diviser avec le scalpel. J'ai recherché si le grand trochanter était fracturé, j'ai enlevé toutes les parties molles qui le recouvraient, et je me suis assuré qu'il ne présentait aucune déformation. Mais j'ai constaté l'altération suivante, qui me paraît remarquable : à la partie supérieure du bord antérieur du grand trochanter existe une petite esquille triangulaire à base tournée en haut, et du sommet de laquelle part une fissure qui divise la partie antérieure du grand trochanter, descend sur la face externe du fémur directement en bas, et a 8 centimètres de longueur. Sur la ligne inter-trochantérienne postérieure on trouve une autre fissure, mais plus irrégulière, plus sinuëuse, plus dentelée en quelque sorte, dont les bords sont plus écartés, et qui descend sur la face interne du corps du fémur ; elle a 4 centimètres de longueur. Ces deux fissures se dirigent l'une vers l'autre, mais il s'en faut de plus de 2 centimètres qu'elles se réunissent. Leur présence explique la très légère mobilité du grand trochanter sur le corps de l'os.

Le fragment supérieur offre une section assez exactement transversale ; néanmoins le bord postérieur paraît avoir subi une perte de substance ; il semble taillé suivant une ligne dirigée d'arrière en avant et de dehors en dedans. Je ne crois pas que l'on doive admettre que cette portion absente ait été absorbée ; il me semble qu'elle forme le tubercule que j'ai indiqué tout à l'heure comme comblant la cavité digitale du grand trochanter. Lorsqu'on veut, en quelque sorte, réduire la fracture, on voit que les deux surfaces ne se correspondent pas exactement ; et, d'après la seule position stable qu'on puisse leur imposer, on doit conclure que le bord postérieur du fragment supérieur rem-

plissait la concavité du fragment inférieur, que son bord antérieur proéminait un peu en avant du grand trochanter, et que son extrémité inférieure était située un peu en avant du petit trochanter. Mais, par malheur, nous avons à regretter de ne pas avoir vu les fragments réunis, de sorte que leurs rapports, tout probables qu'ils sont, ne sont qu'hypothétiques. Néanmoins, qu'il nous soit permis de remarquer que ce déplacement du fragment inférieur en haut et en arrière explique parfaitement le raccourcissement et la rotation du membre en dehors.

Pour examiner les lésions déterminées par la luxation dans l'articulation scapulo-humérale, j'enlève l'omoplate, la moitié externe de la clavicule et la partie supérieure de l'humérus. Je remarque d'abord que la tête de l'humérus est fortement portée en haut, immédiatement au-dessous du ligament acromio-coracoïdien. Je ne puis reproduire la luxation, il m'est même impossible de faire glisser de haut en bas la tête humérale. Le bec de l'apophyse coracoïde est fracturé; il présente deux fragments assez exactement réunis par le tendon de la courte portion du biceps. Les muscles sont disséqués de manière à laisser les ligaments intacts, et je ne trouve aucune déchirure de la capsule. Sous le tendon du muscle sous-scapulaire, dont les insertions à l'omoplate ont été détruites, existe une ouverture placée verticalement au-dessous de l'apophyse coracoïde, longue d'un centimètre environ, et qui est l'orifice normal par lequel la synoviale se prolonge sous le tendon du sous-scapulaire. La capsule ne présente pas d'autre ouverture; mais au-dessous de cette fente, et dans la même direction, on voit des fibres saillantes, comme réunies en faisceau, et qui disparaissent un peu plus bas: elles forment la cicatrice de la capsule déchirée. L'articulation ouverte en arrière permet de distinguer, dans le point correspondant au faisceau que je viens d'indiquer, des sortes de fibres pseudo-membraneuses allant du bord de la cavité glénoïde à la portion voisine de la synoviale. Il existe de la rougeur dans toute la partie antérieure de la capsule, et cette rougeur disparaît très difficilement par la macération.

La cavité glénoïde a éprouvé une perte de substance; son bord antérieur a disparu, de sorte qu'elle est limitée en avant, suivant une ligne verticale, au lieu d'être curviligne, comme dans l'état normal. Le bourrelet glénoïdien correspondant n'existe

plus en ce point ; il est refoulé en bas sous forme de bandelette recouverte, d'un côté, par le cartilage d'encroûtement, et, de l'autre, par le tissu osseux détaché, et adhère à la partie inférieure de la capsule. L'adhésion n'est pas faite dans toute son étendue, le tissu cartilagineux qui est appliqué sur la synoviale est libre d'adhérences ; le tissu osseux seul a pu s'unir à la séreuse. Toute la face antérieure du col de la cavité glénoïde, un peu même la portion voisine de la fosse sous scapulaire, sont doublées par une couche osseuse de plusieurs millimètres d'épaisseur, rougeâtre, très spongieuse, très facile à entamer avec le scalpel, qui s'avance jusqu'au bord antérieur de la cavité articulaire, paraît remplacer le tissu osseux détaché par la fracture, et n'est pas encore recouverte de cartilage.

La tête humérale n'a plus la forme d'une demi-sphère ; elle a subi une perte de substance au niveau de son bord postérieur, et son diamètre vertical l'emporte de plus d'un centimètre sur son diamètre antéro-postérieur. Elle présente une surface plane, régulière, qu'on pourrait comparer à une section faite par une scie conduite perpendiculairement de la surface cartilagineuse à la base de la grosse tubérosité humérale. Sur cette face, pas de cartilage d'encroûtement, si ce n'est quelques petites plaques très minces, faciles à détacher, et comme incrustées dans le tissu spongieux. Et cependant il n'existe d'autre trace du fragment osseux absent que deux petites lamelles intimement unies à la portion de capsule articulaire correspondante. Il nous faut donc admettre un enfoncement de ce fragment dans la portion voisine de la tête humérale.

Ne serait-il pas permis de déterminer, d'après l'examen de cette pièce anatomique, la manière dont la luxation s'est produite. Il me semble probable que le sujet de cette observation est tombé sur la partie postérieure de l'épaule, le bras étant un peu porté en avant. Le bord postérieur de la tête humérale a reçu le choc, et a été, en quelque sorte, écrasé ; en même temps, l'extrémité supérieure de l'humérus, chassée en avant et un peu en haut, a détaché le bord antérieur de la cavité glénoïde, déchiré la capsule dans le même point, fracturé le sommet de l'apophyse coracoïde, et est venue se placer un peu en dedans de cette apophyse.

Peut-être pourrait-on expliquer la perte de substance de la

tête de l'humérus par une absorption survenue pendant les quatre jours de déplacement ? Mais où cette résorption aurait-elle pu se produire ? Le contact de la partie postérieure de la tête de l'humérus avec le bord antérieur de la cavité glénoïde a-t-il été assez prolongé pour cela ? Et s'il y avait une absorption, trouverait-on quelques parcelles de cartilage comme incrustées dans la surface plane à laquelle je fais allusion ? N'y trouverait-on pas une raréfaction du tissu osseux, qui est loin d'exister ? Ces divers motifs me portent à admettre un enfoncement, un tassement du tissu osseux sous l'influence du choc qui a produit la luxation ; du reste, je dois déclarer que M. le professeur Malgaigne n'a pas hésité à expliquer ainsi cette lésion.

L'examen des altérations produites par la luxation de notre sujet nous conduit donc à des résultats de quelque valeur au point de vue, et des lésions des surfaces articulaires, et du pronostic des luxations. Évidemment, une luxation accompagnée de semblables modifications dans les surfaces articulaires doit être considérée comme une affection grave, sous le rapport des fonctions du membre. De longtemps la cavité glénoïde n'aurait repris sa forme, de longtemps l'esquille adhérente à la partie inférieure de la capsule n'aurait été résorbée, et les mouvements, d'abord impossibles, seraient toujours restés très bornés.

Mais la pièce que j'ai l'honneur de présenter à la Société anatomique me paraît offrir un côté pratique beaucoup plus important. Le sujet de cette observation est mort trente et un jours après l'accident, sa luxation n'a été réduite que le cinquième jour. Il s'ensuit donc qu'une capsule articulaire est cicatrisée, et complètement, au bout de vingt-sept jours. N'en doit-on pas conclure qu'il faut commencer à imprimer des mouvements étendus aux membres luxés au moins vingt-cinq jours après la réduction ? Et, avec un certain nombre d'observations semblables, ne pourrait-on pas ajouter quelques lignes à l'histoire des luxations ? la détermination de l'époque à laquelle les ligaments articulaires sont cicatrisés ?

OBSERVATION.

Fracture du crâne. — Par M. Bidard, interne à l'hôpital Saint-Louis.

Balin, trente ans environ, coutelier, demeurant rue du Corbeau, n° 9, est apporté à l'hôpital Saint-Louis le 21 février, à neuf heures du matin. Il est sans connaissance; un camarade qui l'accompagne nous dit que la veille au soir il est rentré complètement ivre, qu'il est tombé dans l'escalier de sa maison et a roulé du second étage jusqu'au rez-de-chaussée et n'a été relevé que le matin. Nous ne pouvons obtenir d'autres renseignements.

Au moment de son entrée, nous constatons les phénomènes suivants : Il est toujours sans connaissance, ne pousse aucun cri, n'articule aucune plainte; la chaleur du corps est très peu élevée; les membres sont refroidis; ni les uns ni les autres ne sont contracturés, mais plutôt en résolution. Il exhale une odeur alcoolique des plus fortes. L'examen de la tête nous fait constater une plaie longue de 5 à 6 centimètres, siégeant au niveau de la partie inférieure du pariétal droit, et l'on voit au fond de cette plaie une fissure antéro-postérieure; les paupières sont fermées, sans tuméfaction, sans ecchymoses; les deux globes oculaires font une saillie très notable, surtout celui du côté droit, qui est presque sorti de son orbite; la pupille de ce côté est très dilatée; l'œil gauche est moins fortement poussé en avant et la pupille est normale. Ni l'un ni l'autre iris ne sont mobiles. En piquant le bras droit avec une épingle, on détermine quelques signes de sensibilité; le même moyen d'excitation employé à l'égard du bras gauche et des deux membres abdominaux paraît sans résultat. Mais l'état d'ivresse qui semblait persister nous empêche de rien conclure de cet examen nécessairement défectueux. La respiration n'est pas stertoreuse; le pouls est petit, dépressible. Quelques gouttes de sang sortent des narines; rien n'est sorti par les oreilles. La bouche ne paraît pas déviée.

Le malade meurt vers trois heures de l'après-midi.

Autopsie le 24 février, à huit heures du matin.

Au-dessous du cuir chevelu, au niveau de la plaie des téguments et de la partie supérieure du muscle temporal droit, on trouve une fracture du crâne avec une esquille longue de 4 centimètres, large d'un demi-centimètre et seulement maintenue par

le périoste. Après avoir scié le crâne, on constate entre la dure-mère et le pariétal droit un caillot noirâtre, très épais, déjà en partie organisé, qui se prolonge dans la fosse moyenne et la fosse cérébelleuse du côté droit. Ces caillots ont complètement séparé la dure-mère correspondante des os sous-jacents. Ils sont enlevés et pesés deux heures plus tard ; leur poids est de 170 grammes. Après avoir enlevé le cerveau et la dure-mère, on voit toute l'étendue de la fracture. Celle-ci d'abord se porte presque directement en arrière, gagne la fosse cérébelleuse droite, puis s'incline en bas et en dedans et arrive au trou occipital. Elle se prolonge également en avant, descend dans la fosse moyenne vers sa partie antérieure et arrive jusqu'au niveau du sinus caverneux droit, où elle se termine. Dans son trajet dans la fosse sphénoïdale, elle a fourni des prolongements antérieurs, l'un en dehors, qui se termine immédiatement en avant de la partie externe de l'apophyse d'Ingrassias ; l'autre, qui a divisé la moitié postérieure de la partie interne de la voûte orbitaire du côté droit. Il est à remarquer que cette fissure remonte un peu sur le pariétal droit et siège précisément dans un sillon de l'artère méningée moyenne : bien plus, un de ses prolongements antérieurs aboutit au trou même de cette artère. Il n'existe pas de fracture du côté gauche. Les sinus de la dure-mère sont vides. Après avoir enlevé les deux voûtes orbitaires et la paroi supérieure des sinus sphénoïdaux, nous trouvons ces deux sinus complètement remplis par des caillots noirâtres semblables à ceux qui remplissaient la fosse sphénoïdale droite. Entre la voûte orbitaire du côté droit et le prolongement de la dure-mère correspondant, existe un petit caillot du volume d'un pois. Enfin, il n'est pas jusqu'au névrlème des deux nerfs optiques qui ne soit distendu par des caillots qui augmentent le volume de ces nerfs et leur donnent une couleur bleuâtre. Le sang est placé immédiatement au-dessous du névrlème ; il forme une couche mince, dont la partie la plus épaisse est près des yeux. Le nerf optique n'est pas altéré ; les globes oculaires sont sans altération.

Le cerveau est très injecté, et il offre, au niveau de la partie externe et supérieure du lobe sphénoïdal du côté droit, un aplatissement considérable des circonvolutions et des enfoncements moulés sur les caillots que j'ai indiqués. Cet organe présente encore une altération plus importante, surtout au point de

vue de sa production. C'est une contusion du lobule sphénoïdal gauche par contre-coup. On remarque, en effet, à 1 centimètre en arrière de la scissure de Sylvius, un espace de 3 centimètres carrés environ recouvert par des caillots en partie organisés. Audessous d'eux, la substance cérébrale est très ramollie, diffuente et entremêlée d'un grand nombre de caillots du volume d'une lentille environ. La diffuence paraît pénétrer à plus de 2 centimètres.

La pie-mère est injectée dans toute son étendue. Quelques coupes pratiquées à la surface des hémisphères permettent de constater une résistance et une coloration normale des autres parties du cerveau.

OBSERVATION.

Cancer du testicule gauche de forme squirrheuse. — Par M. Dolbeau, interne des hôpitaux.

Le nommé Thourins, âgé de cinquante-deux ans, maçon, entre le 11 février 1853 à l'hôpital des Cliniques.

Cet homme paraît bien constitué, il est d'un embonpoint moyen. Cheveux bruns, yeux bleus; système musculaire très développé. La santé habituelle de ce malade a été toujours très bonne et il exerçait facilement sa profession de maçon.

Voici les renseignements sur les antécédents de ce malade. Le peu de précision dans ses réponses n'a pas permis d'arriver à la connaissance des symptômes initiaux de sa maladie.

Le malade affirme qu'aucun des membres de sa famille n'a été atteint d'une affection cancéreuse. Pour lui, il rapporte que d'une bonne santé habituelle, il a eu, il y a quatre ans, une blennorrhagie qui a duré trois semaines. Tout s'est passé simplement et il n'y a pas eu d'épididyme. Jamais d'accident syphilitique d'aucune sorte.

Relativement à son affection du testicule, il dit qu'il y a sept à huit ans il remarqua que ses deux testicules n'étaient pas semblables. Le gauche était, suivant lui, notablement plus petit que le droit; il était aussi plus dur. Il affirme qu'il ne ressentait alors aucune douleur. Enfin, il y a six mois, des douleurs apparurent dans le testicule gauche, qui, dès ce moment augmenta graduellement de volume. Depuis cette époque, chaque fois que le malade se fatiguait, il éprouvait des douleurs vives dans la ré-

gion lombaire et dans le cordon testiculaire. Depuis deux mois le volume du testicule n'a pas changé notablement ; les douleurs sont rares, et cependant aucun traitement n'a été suivi.

État actuel. — Les téguments du scrotum sont sains et n'ont contracté aucune adhérence avec les organes contenus. Pas de changement de couleur à la peau. La bourse du côté droit contient le testicule droit sain ; l'épididyme, également sain, occupe sa place normale.

Du côté gauche, on trouve contenu dans les enveloppes une tumeur ovoïde assez régulière qui est manifestement formée par le testicule. Cette masse est le résultat d'un développement simultané du testicule et de l'épididyme ; ce dernier paraît être transposé ; il occupe la partie supérieure et antérieure du testicule.

La tumeur a la forme et à peu près le volume d'un gros œuf de poule ; les dimensions exactes sont de 0^m,042 en hauteur ; diamètres transversaux, supérieurement, 0^m,051, inférieurement, 0^m,053.

En général, de forme régulière, la tumeur présente en haut et en avant une espèce de bord arrondi séparé du reste par une rainure. Cette partie semble constituée par l'épididyme ; elle le contient avec le canal déférent, qui est parfaitement sain.

La consistance est la même dans tous les points, c'est celle du tissu fibro-cartilagineux.

Il n'y a pas d'épanchement manifeste dans la tunique vaginale. Les éléments du cordon sont normaux.

Les ganglions inguinaux et lombaires ne présentent pas d'altérations ; la prostate est intacte.

Symptômes. — Il n'y a pas dans la tumeur de douleurs spontanées. Le malade dit qu'il ne souffre pas plus la nuit que le jour. Au contraire, le repos au lit fait disparaître quelques douleurs siégeant dans le cordon.

La tumeur n'est pas sensible à la pression ; il faut même comprimer très fort pour obtenir la douleur propre à la pression du testicule. La bosselure formée par l'épididyme est plus sensible que le reste de la tumeur.

Toutes les fonctions s'exécutent normalement ; la santé générale est très bonne.

Le malade, à son entrée, est soumis à l'emploi de l'iodure de potassium, à la dose de 4 à 4 grammes par jour.

Aucun changement notable ne s'est manifesté dans la tumeur sous l'influence du traitement. Le testicule a paru devenir un peu moins dur et surtout plus sensible à la pression.

A la suite de fatigue, des douleurs assez vives sont survenues; l'appétit a diminué, et le malade, inquiet et ennuyé, a demandé à être opéré.

Le 22 mars, jour de l'opération, la tumeur était augmentée de volume; la mensuration a été prise au moyen du compas d'épaisseur.

L'opération n'a rien présenté de particulier; le cordon était sain; deux ligatures ont été placées.

Examen de la pièce. — Tumeur ovoïde du volume d'un gros œuf de poule. A la partie postérieure et supérieure, on voit une petite hydrocèle. En effet, la tunique vaginale était ouverte: on constate que la cavité renferme à peu près une cuillerée de sérosité transparente. Des brides celluleuses assez nombreuses, surtout dans la partie inférieure, unissent le feuillet viscéral au feuillet pariétal de la séreuse.

Le feuillet viscéral présente, en outre, près du bord du testicule correspondant à l'épididyme, une fausse membrane grisâtre renfermant une matière molle d'un jaune gris. A la partie antérieure du testicule se trouve l'épididyme augmenté de volume, bosselé et d'un jaune gris; sa consistance est un peu moindre que le reste de la tumeur. La tumeur, incisée en deux parties, présente les particularités suivantes: La coupe a une couleur d'un gris rosé d'autant plus prononcée, qu'on s'éloigne du centre de la tumeur. En effet, la surface assez lisse devient mamelonnée à la périphérie; elle est aussi plus rose et rappelle assez bien l'aspect du tissu du testicule.

Au centre, on trouve un noyau blanchâtre formé de fibres et qui a tous les caractères du tissu fibreux. De ce noyau partent des cloisons fibreuses qui séparent la tumeur en plusieurs parties inégales. Enfin, on note à 6 centimètres de la périphérie et dans toute la circonférence de la tumeur, de petits points jaunes dont le volume varie entre celui d'une tête d'épingle et celui d'une grosse lentille. Ces points, bien délimités par un cercle vasculaire, sont composés par une matière molle, pultacée, assez semblable à la matière tuberculeuse.

M. Robin, ayant examiné la pièce, nous a donné les renseigne-

ments suivants : La tumeur contient un grand nombre de cellules cancéreuses remarquables par la grosseur de leurs noyaux. Il y a du tissu cellulaire et du tissu fibreux en grande quantité.

A la périphérie, il reste quelques traces des tubes séminifères; les parties jaunes sont formées par des tissus mortifiés; on y rencontre quelques cellules cancéreuses.

Enfin, dans la fausse membrane que nous avons signalée sur la tunique vaginale, on trouve encore les éléments du cancer.

La tumeur renfermait un suc laiteux très abondant.

M. Robin considère la tumeur comme un cancer du testicule de forme squirrheuse.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

XXVIII^e ANNÉE.

Bulletin N^o 6. — Juin 1888.

révisé

PAR M. FOUCHER, SECRÉTAIRE.

SOMMAIRE.

Extrait des procès-verbaux des séances de la Société.

1. Gangrène du poumon. — 2. Gangrène sénile. — 3. Hypertrophie du pied. — 4. Fistule intestinale. — 5. Perforation du cordon ombilical. — 6. Ulcération de l'intestin grêle. — 7. Empoisonnement par l'acide arsénieux. — 8. Cancer de la vésicule biliaire. — 9. Fracture de la septième vertèbre cervicale. — 10. Aiguille osseuse du fémur. — 11. Polype muqueux de l'utérus. — 12. Kyste pileux. — 13. Ulcérations de l'intestin grêle. — 14. Lipome. — 15. Kyste hydatique du foie. — 16. Insuffisance aortique avec cavité creusée dans l'épaisseur des parois de l'oreillette gauche. — 17. Insuffisance aortique et auriculo-ventriculaire gauche, kyste hydatique du foie.

Observations. — 1. Pemphigus chez un enfant nouveau-né, par M. Bidard. — 2. Syphilis chez l'enfant nouveau-né, par M. Desruelles. — 3. Enfant né avec un pemphigus, par M. Bidard. — 4. Entéro-cystocèle étranglée, par M. Duchaussoy. — 5. Perforation de l'estomac, péritonite consécutive, par M. Millard.

PRÉSIDENCE DE M. CRUVILHIER.

1. M. Mahieux présente, au nom de M. Bourreau, une *gangrène du poumon*. Le poumon droit est en grande partie détruit, les bronches contiennent une bouillie noirâtre; on trouve aussi çà et là quelques foyers purulents; les veines ne renferment pas de caillots. Pas de tubercules ni d'entérite.

M. Leudet. Il serait important de savoir si les bronches n'é-

taient pas enflammées, car M. Briquet a décrit une forme de gangrène pulmonaire qui succède à une bronchite aiguë. Assez souvent aussi les malades atteints de gangrène pulmonaire sont pris de diarrhée et meurent d'entérite.

M. Mahieux. Le malade a eu des accidents de bronchite pendant sa maladie, mais il n'avait rien auparavant.

2. M. Rombeau montre la jambe gauche d'un vieillard mort de *gangrène sénile*, dans le service de M. Velpeau. Cette affection a eu son point de départ dans le petit orteil et a offert d'abord sa marche régulière, puis des douleurs vives se sont développées dans tout le membre et particulièrement le long du trajet des vaisseaux, et dès lors l'altération marcha avec une rapidité insolite. A l'autopsie, on trouve que le petit orteil a disparu en entier, excepté une petite portion de la phalange ; la tête du cinquième métacarpien est érodée. Toute la moitié externe du pied et une portion de la jambe sont converties en une bouillie noirâtre ; on trouve du pus le long des muscles péroniers. Le cœur ne présente rien de particulier, si ce n'est quelques petites concrétions sanguines ; mais on trouve dans l'artère fémorale gauche, à partir du niveau de la fémorale profonde, des concrétions calcaires qui s'étendent dans les tibiales antérieures et postérieures, dans la péronière et jusque dans les plantaires. Ainsi, les artères de ce membre inférieur sont le siège de concrétions calcaires dans toute leur étendue.

M. Houel. Je ne pense pas que les concrétions calcaires seules déterminent la gangrène, il faudrait vérifier s'il n'y a pas de caillots dans les artères.

M. Barth. J'ai vu des cas de gangrène dans lesquels les vaisseaux n'étaient pas oblitérés par des caillots ; il est difficile de constater l'état des capillaires. En tout cas, il suffit que les vaisseaux soient rétrécis pour expliquer le défaut de vitalité.

3. M. Duchaussoy montre le *pied d'un homme amputé de la jambe* par M. Roux. Ce malade a eu le *pied écrasé*, il y a quarante ans, par un bloc de pierre ; quatre orteils furent détruits, la cicatrisation a été complète, et pendant dix ans le malade se porta bien. Il y a huit ans, il lui survint au pied une large ulcération qui se recouvrit de végétations et fut le siège de douleurs vives ; depuis cette époque, l'ulcère a eu des phases diverses, se cicatrisant, tantôt en partie, tantôt augmentant d'étendue, de telle sorte que

l'amputation de la jambe a paru nécessaire. L'autopsie du pied montre que les métatarsiens sont détruits, même une portion du cinquième ; au milieu d'une masse graisseuse, on trouve des vacuoles, quelques portions d'os et des débris de tendons. La plante du pied est formée d'un tissu lardacé, végétant, que M. Roux a pensé être de nature cancéreuse.

M. *Cruveilhier* croit que ces végétations sont dues à une hypertrophie des éléments de la peau, les papilles en particulier. Un examen ultérieur a confirmé cette manière de voir.

4. M. *Cruveilhier* fait la communication suivante :

Il est entré dans mon service un homme offrant à la *région ombilicale* une *petite ouverture* entourée d'une induration plus marquée à gauche qu'à droite et d'une rainure circulaire. Cet homme raconte qu'il a reçu un coup de pied d'un jeune poulain sur une hernie inguinale droite. Il y eut quelques accidents inflammatoires qui se calmèrent, et au bout de deux mois, il fit une ouverture donnant passage aux matières alimentaires : c'était une fistule entéro-ombilicale. Le stylet s'y enfonce de toute sa longueur, les matières qui sortent n'ont pas l'odeur fécale ; je ne sais quelle est la portion d'intestin ouverte. Ce que ce fait présente d'insolite, c'est que le malade assure que le coup de pied a porté sur sa hernie, qui, du reste, existe encore. Il est probable que l'intestin contus est rentré en glissant le long de l'artère ombilicale, et que des adhérences se sont établies vers l'ombilic.

5. M. *Barth*. Il y a quelques mois, on m'a apporté chez moi un enfant nouveau-né qui offrait sur le *cordons ombilical*, à 2 centimètres de son insertion, une *ouverture* à bords boursoufflés et rougeâtres. Pendant les cris, on en voyait sourdre un liquide blanchâtre et grumeleux. On pouvait introduire dans l'ouverture une sonde mousse qui remontait assez haut. L'anus normal était resserré, mais une sonde y pénétrait, il n'y avait pas d'imperforation. Il y avait lieu de se demander si cette ouverture n'était pas un résultat de la ligature, mais la mère affirmait qu'elle existait à la naissance. Cette fistule paraît donc s'être formée pendant la vie intra-utérine. Je ne connais pas d'exemples semblables.

6. M. *Gubriac* présente l'*intestin* d'un homme qui a succombé dans la convalescence d'une *fièvre typhoïde*, par suite d'un pneumo-thorax. L'extrémité inférieure de l'intestin grêle présente une grande quantité de plaques de Peyer, dont les plus

élevées sont cicatrisées et les plus inférieures encore ulcérées. Toutes ces plaques sont remarquables par une éruption d'une nature particulière et qui les couvre en partie. Cette éruption est constituée par des espèces de granulations qui varient depuis le volume d'une tête d'épingle jusqu'à celui d'un pois, de couleur jaune, de consistance solide ; quelques unes offrent au sommet une petite ouverture circulaire, à bords amincis, qui conduit dans une cavité remplie d'une matière demi-liquide, jaunâtre. L'apparence de ces granulations ulcérées rappelle la disposition des follicules isolés pleins de matière jaunâtre, tandis que celle des granulations non ulcérées est fort analogue à la disposition des tubercules sous-muqueux. Au microscope, M. Racle a trouvé dans la substance jaune des globules purulents en grande quantité et en partie déformés, des granules moléculaires nombreux ; pas de corpuscules tuberculeux. Les poumons ont été trouvés remplis de tubercules à divers degrés, et c'est à la suite de la perforation d'une caverne qu'est survenue le pneumo-thorax.

M. Leudet. Je ne partage pas l'opinion de M. Racle, et j'ai cru que ces ulcérations se rattachaient à l'affection tuberculeuse.

7. M. Mahieux présente, au nom de M. Bourreau, *l'estomac d'une jeune fille morte par l'oxide arsénieux*. Cette fille, âgée de seize ans et demi, a avalé après le repas, le 22 mai, un paquet d'arsenic. Aussitôt elle fut prise de douleurs vives à l'épigastre et dans toute la poitrine ; il survint des vomissements, dont les matières analysées contenaient le poison en abondance. On administre le peroxyde de fer hydraté ; cependant les douleurs, l'agitation, les vomissements persistent jusqu'au 30 mai, époque à laquelle la malade entre à la Maison de santé, c'est-à-dire huit jours après l'accident.

On constate les phénomènes suivants : épistaxis abondante, sécheresse de l'arrière-gorge, tête lourde, voile devant les yeux, mémoire affaiblie, agitation, refroidissement, 76 pulsations, tremblement, horripilation, pâleur de la face, vomissements, constriction avec sentiment de chaleur à l'épigastre, constipation opiniâtre, absence d'urine dans la vessie. Boissons nitrées, lavements purgatifs. Les jours suivants les vomissements continuent, mais de moins en moins abondants ; les selles se rétablissent, la miction devient régulière, mais la malade est de jour en jour plus abattue ; crampes dans les jambes, hébétude de la face, anxiété,

pâleur extrême, voix éteinte, dilatation des pupilles, soubresauts des tendons; enfin l'agitation devient extrême, la respiration est suspirieuse, et la malade succombe le 6 juin.

Autopsie. — Les poumons sont emphysémateux à la partie postérieure et inférieure. Cœur non ramolli, sans augmentation de volume. L'estomac offre des ulcérations en voie de réparation avec ramollissement de la muqueuse dans certains points; l'ulcération siège le long de la grande courbure, à 1 centimètre du pylore. La muqueuse du duodénum est injectée; on aperçoit une plaque arborescente vers le milieu du jéjunum, les plaques de Peyer sont épaissies, injectées, boursoufflées. La partie supérieure du gros intestin est saine, la partie inférieure est injectée.

8. M. Mahieux montre une deuxième pièce, qu'il pense être un exemple de *cancer de la vésicule biliaire*. Une femme âgée de soixante-neuf ans arrive à la Maison de santé, le 25 mai, atteinte d'un ictère intense qui date de deux mois. Teinte ictérique générale, démangeaisons à la peau, urines verdâtres, selles décolorées, prostration, vomissements. Quelques jours après, accès de colique hépatique, vomissements sanguinolents, diarrhées, selles sanguinolentes; prostration plus considérable, douleur vive au niveau de l'hypochondre droit, délire, et mort le 5 juin.

A l'autopsie, on trouve des adhérences de la face convexe du foie avec le diaphragme. La vésicule biliaire renferme des calculs de la grosseur d'une petite noix qui baignent dans le mucus; les parois de la vésicule sont épaissies, indurées, blanchâtres, criant sous le scalpel comme le tissu squirrheux.

M. Leudet. Cette pièce est trop vieille pour être examinée, et il me paraît difficile de voir si c'est du cancer, quoique M. Durand-Fardel ait établi que le cancer de la vésicule biliaire était isolé des autres cancers, et qu'il y a alors des calculs biliaires. De plus, les hémorrhagies intestinales sont fréquentes dans les affections du foie. J'ai vu un malade atteint d'ictère simple présenter des urines colorées, et qui fut bientôt pris d'une hémorrhagie intestinale foudroyante; le rein était le siège d'un épanchement de sang.

9. M. Desnos montre une *fracture du corps de la septième vertèbre cervicale*, avec contusion de la moelle, et donne les détails suivants :

Le 1^{er} juin 1853, dans la soirée, est entré à l'hôpital Beaujon, service de M. Robert, un homme de quarante ans qui venait de faire une chute sur la tête. D'après le récit du malade et des témoins de l'accident, il avait été précipité d'un tombereau sur un tas de moellons, la tête la première, de telle façon qu'une flexion forcée de la portion cervicale du rachis avait amené le menton au contact de la paroi antérieure du thorax.

À l'entrée du blessé à l'hôpital, le pouls est à peine sensible, la peau est froide, la prostration profonde. Il y a, en un mot, un état de commotion évidente. Le malade est plongé dans une stupeur dont on ne peut le faire sortir qu'en l'excitant vivement. Il se plaint alors de souffrir dans le cou, et en pressant sur les apophyses épineuses des vertèbres de cette région on développe une douleur manifeste au niveau de la proéminence. La région cervicale n'est pas déformée. Peu après son entrée, il vomit des matières qui offrent une odeur alcoolique prononcée.

Le 2 juin, à la visite du matin, la stupeur a cessé, l'intelligence est nette, et le sujet répond parfaitement aux questions qu'on lui adresse. Il souffre toujours du cou, surtout au niveau de la septième vertèbre cervicale. Il accuse l'impossibilité de remuer les jambes. Et en soulevant, en effet, les membres pelviens, on les voit retomber aussitôt comme des masses inertes; aucun mouvement spontané ne peut leur être imprimé.

La peau, non seulement des membres inférieurs, mais encore de tout le tronc, jusqu'à la hauteur des mamelons, est insensible à toute espèce d'excitation. Les membres supérieurs jouissent encore de leurs mouvements; mais ils ont perdu beaucoup de leur énergie. La sensibilité y est conservée.

La paralysie des muscles intercostaux et de leurs congénères s'annonce par l'immobilité complète des parois de la poitrine. La respiration ne se fait plus que par le diaphragme, que l'on voit soulever fortement les enveloppes de l'abdomen. Du reste, ces mouvements respiratoires s'exécutent avec calme. On ne remarque aucun symptôme d'asphyxie.

La vessie, distendue par l'urine, fait saillie à l'hypogastre. La miction est devenue impossible depuis l'accident. Il y a de la constipation. La peau est chaude, le pouls accéléré et plein, la face animée. On ordonne une saignée de 400 grammes, et l'on vide la vessie par le cathétérisme, que l'on répète le soir.

Le lendemain matin, 3 juin, la scène a changé. Tous les symptômes observés la veille persistent; mais la respiration s'est embarrassée. L'encombrement des canaux bronchiques par des liquides épais se révèle par de gros râles humides entendus à distance. Le diaphragme se contracte convulsivement pour débarrasser la poitrine des mucosités qui l'obstruent. L'asphyxie est imminente. Les facultés intellectuelles ont conservé leur intégrité; mais le malade est fatigué par les questions. Le pouls a diminué de fréquence et est devenu moins plein. Mort le même jour, à onze heures du matin.

Autopsie. — Le cerveau, ses membranes et la boîte crânienne sont intacts. Le corps de la septième vertèbre cervicale est écrasé, de telle manière que sa face antérieure présente de haut en bas une étendue moindre qu'à l'état normal, tandis que sa face postérieure forme un angle mousse très légèrement saillant dans la cavité rachidienne. Le surtout ligamenteux postérieur est rompu, et l'antérieur, dont quelques fibres seulement sont déchirées, est pincé entre les deux lèvres de la fracture. Les autres parties de la vertèbre sont saines. La dure-mère offre à sa surface extérieure une légère teinte sanguinolente; mais on ne trouve pas dans le canal vertébral d'épanchement capable de comprimer la moelle. Cet organe ne paraît pas atteint de prime abord; mais en le fendant suivant sa longueur, on découvre en son centre, immédiatement au-dessous du renflement brachial, dans l'étendue de 3 ou 4 centimètres, une contusion caractérisée par un épanchement de sang peu abondant, en partie liquide, en partie coagulé, en partie combiné avec sa substance ramollie.

10. M. Rombeau présente un *fémur offrant une aiguille osseuse* longue de 4 à 6 centimètres, large de 1 centimètre et demi à 2 centimètres. Le sujet, du sexe masculin, était âgé d'environ quarante à quarante-cinq ans.

Cette aiguille osseuse se trouve placée au devant du fémur gauche, vers la partie inférieure de cet os, augmenté de volume, à voussure plus prononcée à ce niveau. Le membre ne me semble cependant ni augmenté ni diminué de volume.

Cette aiguille, aplatie d'avant en arrière, est comprise au milieu du triceps (partie antérieure du vaste interne), dont les fibres viennent s'insérer sur ses bords, et est rattachée au fémur lui-même par une bandelette fibreuse très résistante, comme par du

tissu aponévrotique. Or, sur les côtés des faces de cette lamelle viennent encore s'insérer directement des fibres musculaires; mais on ne trouve point, comme je croyais pouvoir m'y attendre, de bourse séreuse entre le fémur et l'aiguille osseuse.

11. M. Rombeau montre, en outre, un *polype muqueux de l'utérus* enlevé chez une malade qui depuis dix ans offrait les accidents des polypes utérins. Ce polype, inséré sur le col, est lisse et poli à l'extérieur; sa coupe offre une mucosité filante contenue dans des cavités à orifices bien apparents. C'est un exemple de polype glandulaire.

12. M. Mauriac présente un *kyste pileux* trouvé sur le cadavre d'une femme entrée à l'hôpital Beaujon le 18 mai, dans le service de M. Barth, pour une *fièvre typhoïde*. Cette pièce est étrangère aux symptômes présentés par la malade; cependant, comme ceux-ci sont assez remarquables, M. Mauriac croit devoir les rappeler succinctement.

La malade offrait, à son entrée à l'hôpital, un météorisme considérable, selles involontaires, prostration extrême; pouls, 108 à 110. Dix jours après son entrée, la langue devint très rouge, et parsemée de petits grains pultacés, de plaques de muguet qui existaient sur la voûte palatine et sur la paroi buccale.

Le jour suivant, délire.

Le lendemain, le délire devint plus intense, la fièvre augmenta, la respiration fut embarrassée.

Le jour suivant, la malade fut prise de convulsions le soir, et mourut dans la nuit.

A l'autopsie, on trouve le bassin rempli par une tumeur du volume de la tête d'un enfant nouveau-né; cette tumeur molle donne la sensation de corps durs, inégaux, flottant dans un liquide; elle adhère par des brides cellulo-vasculaires avec la paroi abdominale antérieure et latérale. Des adhérences plus anciennes, plus fermes, l'unissent à l'os iliaque, au cœcum, au grand épiploon. Pas d'inflammation autour de la poche.

En pratiquant le toucher vaginal sur ce cadavre, on trouve le col de l'utérus fortement déjeté en avant et à droite, l'ouverture du col regarde la symphyse pubienne; le toucher rectal permet de constater une rétroversion avec déviation à gauche de l'utérus. La vessie contient à peine quelques gouttes d'urine, et est portée à droite de la tumeur. Celle-ci est placée en arrière de l'utérus,

en avant du rectum. L'ovaire gauche est volumineux, la trompe gauche est saine.

Le kyste contient : 1° 400 grammes d'un liquide trouble, sa-
nieux, mêlé de détritits pseudo-membraneux ; 2° une matière
grasse, blanche, butyreuse ; 3° des poils en assez grande quan-
tité ; 4° une petite portion d'os irrégulière.

M. Broca. Il est à regretter que certains détails nous man-
quent ici. On se rappelle, en effet, que, pour M. Lebert, l'im-
prégnation n'est pas nécessaire à la production de ces kystes
pileux, qui se formeraient par hétérotopie plastique. Nous at-
tendons des pièces pour la démonstration de cette opinion.

13. M. Géry montre l'intestin grêle d'un individu mort de
fièvre typhoïde. Ce malade, atteint de fièvre typhoïde à forme
adynamique grave, allait bien, et paraissait à peu près guéri,
lorsqu'il fut pris de frissons et de douleur vive dans le côté
gauche de la poitrine. On ne trouvait rien à la percussion ni à
l'auscultation.

Cependant, à l'autopsie, on rencontra un épanchement de sé-
rosité dans la poitrine. La rate était diffuse ; sur l'intestin
grêle, à un pouce et demi de la valvule iléo-cœcale, on voit des
ulcérations cicatrisées sans relief, et semblant tapissées par une
pseudo-membrane transparente. Je demanderai si à la longue ces
plaques disparaîtraient.

M. Cruveilhier. Ces plaques sont indélébiles ; j'en ai fait des-
siner de semblables.

14. M. Broca montre, au nom de M. Bouteillier de Rouen, une
tumeur enlevée le 9 mai 1853 par MM. les docteurs Bouteillier
et Saint Evron, chez une femme de Rouen, âgée aujourd'hui de
cinquante-quatre ans.

Il y a dix-neuf ans, pendant sa septième et dernière grossesse,
cette femme vit survenir une hernie ventrale, qui nécessita l'ap-
plication d'un bandage, puis d'une simple ceinture. La hernie
fut ainsi maintenue et ne ressortit plus ; mais quatre ans plus tard,
il survint dans la région latérale gauche de l'abdomen, à 3 centi-
mètres au-dessus de la crête iliaque, une tumeur molle et indo-
lente, que la malade attribua à la pression exercée par la ceinture.

Cette tumeur ne s'accrut qu'avec une extrême lenteur. Il y a
trois ans, elle était seulement du volume d'une grosse orange.
Mais à partir de cette époque elle prit un accroissement rapide.

La peau distendue s'ulcéra, en deux points, sur la partie la plus saillante de la tumeur. Cette circonstance détermina les chirurgiens à intervenir.

La tumeur, légèrement pédiculée, avait 44 centimètres de circonférence. Elle occupait la région latérale gauche de l'abdomen; une ligne verticale abaissée du creux de l'aisselle sépare son tiers antérieur des deux tiers postérieurs. Elle était mobile, molle, indolente, et présentait tous les caractères d'un lipome.

Le 9 mai 1853, MM. Bouteillier et Saint-Evron soumièrent la malade à l'inhalation du chloroforme et procédèrent à l'opération. Deux larges incisions circoncrivirent une ellipse de la peau sur la partie la plus saillante de la tumeur; après quoi on procéda à la dissection qui fut facile. La masse morbide, parfaitement circonscrite, était sous-cutanée et n'adhérait que faiblement aux parties voisines.

Quelques artéριοles furent liées, puis la plaie fut réunie par la suture entortillée. La réunion eut lieu presque partout par première intention. Il n'y eut de suppuration qu'autour des fils des ligatures. Le 1^{er} juin, la guérison était complète, et la malade, complètement guérie, commença à se promener.

La tumeur, que M. Broca présente à la Société de la part de M. Bouteillier, est constituée par une énorme masse adipeuse et pèse 1600 grammes. L'ellipse de peau qui a été enlevée avec elle est longue de 15 centimètres et large de 12. Elle présente deux petites ulcérations à sa partie centrale, et, à ce niveau, elle est adhérente à la surface du lipome.

15. M. Leudet montre un *kyste hydatique du foie*, trouvé chez un homme de vingt-quatre ans, mort phthisique, à l'hôpital de la Charité (service de M. Rayer). A la surface du lobe droit du foie on voit une poche blanche, ne faisant pas de relief à l'extérieur, remplie de matière jaunâtre, sans traces d'échinocoques ni de crochets. La face interne du kyste est revêtue par un dépôt granuleux. La poche ne paraît pas communiquer avec les canaux biliaires. Certaines personnes ont prétendu que l'arrivée de la bile dans la poche tue les hydatides. M. Gubler a montré à la Société de biologie une hydatide qui lui semblait développée dans un canal biliaire, mais ce fait ne m'a pas paru concluant. Ici je n'ai trouvé dans la poche que des cristaux de cholestérine et de l'hématine granuleuse. Cette hydatide était unique. Je ne

pense pas qu'elle soit dans un canal biliaire. Il serait intéressant, cependant, de savoir à quelle cause attribuer la mort des hydatides ; cela conduirait peut-être au moyen de les détruire sans ouvrir le kyste.

En effet, on a prétendu que les mercuriaux tuent les hydatides dans les poches ; je n'ai pas foi en ce moyen.

M. Barth. J'ai successivement employé, dans ces cas, le mercure, le soufre, le phosphore, puis l'électricité.

M. Leudet. Puisque le contact de la bile peut, dit-on, tuer les hydatides, ne pourrait-on pas déchirer les parois avec une aiguille ? Mais il faudrait, avant tout, bien démontrer cette efficacité de la bile.

M. Barth. La flétrissure des hydatides arrive dans des cas dans lesquels il ne peut y avoir eu introduction de la bile.

16. M. Gaube montre à la Société *une insuffisance aortique avec cavité creusée dans l'épaisseur de l'oreillette gauche, et perforation d'une valvule aortique, gaz dans le foie et la rate*, et donne les détails suivants :

Edange (Félix), trente-sept ans, charretier vidangeur, constitution lymphatico-sanguine, atteint de palpitations depuis le 1^{er} janvier 1853. Jamais de rhumatisme.

A son entrée, on constate un œdème de la face et des paupières, pommettes fortement injectées, pas de bourdonnements d'oreilles, œdème considérable des jambes et des pieds, moins apparent aux cuisses et sur les parois de l'abdomen.

La pointe du cœur bat dans le sixième espace intercostal à 8 ou 9 centimètres de l'axe du sternum. Matité précordiale étendue. La percussion révèle une augmentation de volume de l'aorte au-dessous de l'articulation sterno-claviculaire gauche.

Bruit de souffle au deuxième temps, perceptible à la pointe et se renforçant à mesure que l'on approche de l'orifice aortique. Au niveau de l'aorte, bruit de souffle au premier temps, couvrant en partie celui du second, se prolongeant dans les vaisseaux en diminuant de rudesse. Par moments on croit entendre un dédoublement du bruit de souffle qui le fait ressembler à un bruit de va-et-vient.

Du commencement d'avril au 20 juin, le malade, soulagé par les purgatifs répétés, et débarrassé en partie de l'œdème des membres, peut se lever et se promener. Le 19 juin, l'œdème s'était

reproduit aux membres inférieurs ; le 20, congestion encéphalique avec délire et coma ; sensation de douleur à la région hépatique ; mort presque subite dans la nuit du 21 juin.

Autopsie. — Sérosité citrine assez abondante dans le péritoine et les plèvres.

Cœur énormément distendu par des caillots noirâtres, peu consistants ; mollesse très grande du tissu musculaire du cœur, avec décoloration. Dilatation énorme des cavités droite et gauche avec peu d'hypertrophie des parois.

Dilatation considérable de l'orifice auriculo-ventriculaire droit qui reçoit facilement les quatre doigts : cette dilatation se propage à l'oreillette droite ; orifice pulmonaire peu altéré.

Artère aorte s'affaissant comme un linge mouillé, malgré son épaissement en certains points ; insuffisance des plus marquées de l'orifice aortique. Immédiatement au-dessus de l'orifice aortique, en arrière et à gauche de l'intersection des valvules aortiques droite et gauche, se trouve une ouverture irrégulièrement arrondie, conduisant dans un cul-de-sac qui correspond à la paroi antérieure de l'oreillette gauche ; épaissement de la paroi de l'oreillette à ce même niveau, par des caillots sanguins contenus dans cette cavité.

La valvule gauche de l'orifice aortique est percée à sa base d'un trou à emporte-pièce, à bords renflés et arrondis, établissant une communication nouvelle entre l'aorte et le ventricule gauche.

Le foie, volumineux, à aspect extérieur grisâtre, semble gorgé de sang, et donne à la pression la sensation d'un poumon comprimé ; par une section médiane s'écoule une sérosité sanguinolente, spumeuse, en tout semblable à celle que l'on trouve dans un poumon congestionné ; les bulles d'air s'échappent surtout par les orifices des gros vaisseaux.

La rate donne également, à la pression, un sang spumeux. Pas de traces de putréfaction dans le cadavre ; l'autopsie était faite trente-quatre heures après la mort, par un temps frais.

M. *Leudet* rappelle que M. Fizeau a décrit une forme d'anévrisme qui se rapporte à celle-là, mais que la pièce de M. Gaube offre l'une des variétés les plus rares, car la valvule mitrale est plus souvent le siège d'un anévrisme que les valvules aortiques. Relativement aux gaz contenus dans le foie et la rate, j'en ai vu, dit-il, un exemple, mais alors il y avait communication entre

l'aorte et l'œsophage. Un élève de M. Piorry a publié un cas d'emphysème du foie ; ces cas sont rares.

M. Broca pense que ces gaz sont dus à la putréfaction.

M. Rombeau montre un *doigt annulaire* enlevé par M. Velpeau sur un jeune homme de vingt-quatre ans. On voit sur la face antérieure de ce doigt un énorme bourgeon végétant, rouge, divisé en deux portions : l'une, pédiculée, est placée sur le tendon fléchisseur ; l'autre est appliquée sur les os, qui ne sont pas altérés.

M. Broca remarque que les deux tendons fléchisseurs sont confondus en un seul et que le point de départ de cette affection est la gaine synoviale.

17. M. Gaube montre en outre une pièce offrant un *rétrécissement des orifices aortique et auriculo-ventriculaire gauche et un kyste hydatique du foie*.

Méra (Simon), ébéniste, trente-deux ans, entré le 2 juin 1853, mort le 22 juin. Trois rhumatismes antécédents : le premier à quatorze ans, traité par des bains de vapeur et une ou deux saignées ; le deuxième à vingt-deux ans, compliqué de pleurésie ; le troisième, à vingt-huit ans, traité par les anesthésiques. Le malade s'est senti de palpitations à partir du premier rhumatisme ; elles ont peu augmenté depuis.

Enflure datant de cinq semaines, très considérable aux membres inférieurs, aux organes génitaux ; parois de l'abdomen distendues par l'ascite ; le foie déborde de trois ou quatre travers de doigt les fausses côtes droites. Battements à la région épigastrique, reflux et pouls veineux très marqué dans les jugulaires externes ; voussure précordiale. La pointe du cœur bat dans le sixième espace ; les battements sont sensibles, mais plus faibles dans le cinquième et quatrième espace ; l'impulsion du cœur est double. Matité précordiale considérablement augmentée. L'oreille appliquée sur la pointe du cœur perçoit, après le premier temps, un bruit de souffle vibratile, dur, qui couvre toute la systole et une partie de la diastole. Le maximum du bruit se trouve en dehors du bord gauche du cœur ; il s'entend encore bien jusqu'au milieu de la hauteur de cet organe, est beaucoup moins fort à mesure que l'on remonte. Néanmoins, en arrivant près de l'orifice aortique, on perçoit un bruit de souffle très fort, qui se propage sensiblement dans les gros vaisseaux ; un bruit de souffle intermittent se retrouve sur les parties latérales du cou.

Le malade avait vu, sous l'influence du repos et des purgatifs drastiques, l'œdème tomber, la respiration redevenir libre ; il pouvait rester couché sur le dos. Le 21, il fut pris dans la soirée d'un violent frisson, point de côté, fièvre intense ; le 22 juin, on constate du souffle tubaire et du râle crépitant, sous le bord interne de l'omoplate, dans un point circonscrit. Mort le 22, à midi.

Autopsie. — Le 24 juin. Sérosité dans le péritoine ; adhérences anciennes filamenteuses dans les plèvres ; quelques cuillerées de sérosité limpide.

Péricarde généralement et intimement uni au cœur. Après le décollement, on voit trois ou quatre plaques cartilagineuses sur les faces du ventricule droit.

Hypertrophie considérable du cœur : hauteur des ventricules, 8 à 9 centimètres ; largeur à la base, 10 à 11 centimètres. L'hypertrophie porte surtout sur le ventricule gauche.

Insuffisance marquée de l'orifice aortique ; la cavité du ventricule gauche n'est pas accrue ; l'hypertrophie porte surtout sur les parois (1 centimètre sur presque tous les points) ; dureté des parois, qui se déchirent en criant ; les deux colonnes charnues des valvules mitrales sont grosses comme le doigt.

Orifice auriculo-ventriculaire gauche rétréci et valvules indurées ; peu d'insuffisance ; il admet à peine le bout du petit doigt.

Les valvules aortiques ont conservé leur forme ; deux d'entre elles sont soudées, et des indurations portent surtout sur la face supérieure où se trouvent des végétations granuleuses ossiformes. Dans le sens du courant sanguin, l'orifice aortique admet à peine l'extrémité de l'index.

L'aorte est plus petite que d'ordinaire.

Dilatation considérable de l'oreillette droite, remplie par un caillot.

Dilatation infundibuliforme de l'oreillette gauche avec hypertrophie, aboutissant inférieurement à un orifice auriculo-ventriculaire en forme de boutonnière.

Pas d'oblitération des veines pulmonaires.

Noyau pneumonique assez étendu dans le sommet du poumon droit.

Hypertrophie considérable du lobe droit du foie. En arrière et à droite de ce lobe, se trouve une tumeur du volume de la tête d'un fœtus, renfermée dans la capsule fibreuse de l'organe qu'elle

déprime et comprimant la veine cave inférieure. Adhérence intime de sa face supérieure avec le diaphragme. Cette tumeur est fluctuante ; ses parois sont épaisses, fibreuses, avec commencement d'ossification dans quelques points. A l'ouverture, issue d'une certaine quantité de sérosité trouble, floconneuse, purulente. Dans l'ouverture, s'engagent les fragments multiples d'une vaste poche hydatique, à parois gélatineuses et transparentes. La face interne du kyste adventif est rugueuse, cloisonnée, et rappelle, à beaucoup d'égards, les vessies à colonne, les altérations de l'aorte profondément malade. Les saillies intérieures répondent à des saillies externes, dues à la ramification de vaisseaux qui se rendent au foie et semblent dépendre des veines sus-hépatiques. Tissu du foie fortement congestionné.

OBSERVATIONS.

Pemphigus chez un enfant nouveau-né. — Par M. Bidard, interne des hôpitaux.

Observation de la mère.

Petit (Marie), vingt-cinq ans, domestique dans une ferme, à vingt lieues de Paris, habite Paris depuis un mois, et y est venue pour faire ses couches.

Elle est primipare, a toujours été bien réglée ; ses écoulements menstruels duraient cinq ou six jours ; elle a reconnu sa grossesse aussitôt qu'elle a vu manquer ses règles. Elle est douée d'une forte constitution et n'a jamais eu de maladie sérieuse. Pendant sa grossesse, elle n'a eu à endurer ni privations, ni travaux pénibles ; elle n'a jamais pris les moindres soins pour dissimuler sa grossesse. Elle est venue accoucher à Paris, mais avec l'intention de remporter son enfant dans son pays. Elle a senti remuer son enfant jusqu'au moment de l'accouchement. Les premiers temps de sa grossesse ont été peu pénibles ; elle s'est toujours bien nourrie.

Elle a entendu dire dans son pays qu'il existait de mauvaises maladies, suivant son expression ; mais elle affirme n'en avoir jamais eu. Elle paraît de bonne foi, elle est la première à réclamer mon examen. Elle me déclare n'avoir jamais eu d'écoulements, jamais de fleurs blanches, jamais de boutons aux parties génitales. Elle n'aurait jamais eu de taches à la peau, jamais de maux

de gorge. Les ganglions cervicaux postérieurs ne sont pas engorgés; l'examen le plus attentif ne me permet pas de constater la moindre cicatrice vers les parties génitales; elle ne présente ni syphilides, ni exostoses.

Le père de son enfant est un ouvrier qui demeure à trois lieues de son village, qu'elle a connu pendant cinq ou six mois, et qui l'a abandonnée aussitôt qu'il l'a vue enceinte. Elle ne sait pas s'il est venu quelquefois à Paris; elle ne saurait dire s'il a été malade. Elle ne peut me donner aucun renseignement sur lui.

Observation de l'enfant.

Enfant du sexe masculin, né à terme, le 24 janvier, à l'hôpital Saint-Louis, à trois heures du matin; mort à midi.

Il a 46 centimètres de longueur; les diamètres de la tête ont les dimensions normales.

Je l'ai examiné quelques heures après sa naissance et à peu près immédiatement après sa mort, et j'ai retracé aussi fidèlement que possible dans la description qui suit les lésions cutanées que j'ai remarquées et pendant la vie et après la mort.

L'épiderme des pieds est enlevé complètement à la face plantaire et à peu près en totalité à la face dorsale. Les parties dénudées sont très rouges et présentent quelques points blanchâtres disséminés, qu'on ne peut enlever complètement en grattant ces parties avec un scalpel et qui paraissent tenir à une altération du derme. Ces diverses lésions existaient avant la mort.

Sur le dos du pied gauche, près de l'articulation tibio-tarsienne, existait pendant la vie, et dans les premières heures qui ont suivi la mort, un soulèvement de l'épiderme, du volume d'une petite noisette et ne contenant que de la sérosité; pas de pus. Vingt-quatre heures après la mort, la sérosité a disparu, et il ne reste de la bulle préexistante qu'un épiderme ridé et aminci.

Autour de chaque articulation tibio-tarsienne, surtout à leur face antérieure, on rencontre un assez grand nombre de bulles, qui renfermaient pendant la vie un mélange de sérosité et de pus et ne présentaient ni rougeur au pourtour, ni induration à la base. Le lendemain de la mort il ne reste plus de sérosité, le pus seul est contenu dans chaque petite poche, mais en trop petite quantité pour les remplir. Deux de ces bulles, à la partie antérieure de l'extrémité inférieure de la jambe gauche, n'ont

jamais contenu de pus et ne sont représentées après la mort que par l'épiderme mobile et plissé.

On rencontre aussi à la face antérieure des deux genoux des bulles semblables, également séro-purulentes pendant la vie et seulement purulentes après la mort. L'une d'entre elles est remarquable par sa forme allongée et parce que la sérosité qu'elle contenait s'est concrétée à la surface de la peau, après avoir traversé l'épiderme.

Aux mains, même dénudation, même rougeur des parties dénudées, mêmes points grisâtres sur les parties rouges. A la face postérieure du poignet droit et à la racine du médus de la main gauche, on trouvait pendant la vie trois bulles uniquement remplies par de la sérosité. Je m'en suis parfaitement assuré en les ouvrant avec une épingle. Après la mort, elles sont affaissées, mais bien reconnaissables.

A la face antérieure du poignet droit existe une altération plus profonde : le derme est violacé, noirâtre, comme ulcéré.

Les lésions que l'on rencontre à la face nous paraissent bien remarquables. Celles du front ne diffèrent en rien des précédentes, mais celles que l'on constate sur les oreilles, les paupières et le nez nous semblent être d'une date plus reculée et avoir subi un travail plus ou moins complet de réparation. Sur le nez, elles présentent bien les caractères des ulcérations syphilitiques ; elles sont profondément ulcérées, assez régulièrement arrondies, à bords bien taillés à pic, et la croûte qui comble en partie la dépression a toujours été noirâtre ; celles des paupières et des oreilles ne sont plus déprimées, les croûtes sont bien petites ; elles sont évidemment plus rapprochées de la guérison.

En résumé, ce sujet nous présente :

- 1° Des bulles purement séreuses ;
- 2° D'autres, plus nombreuses, séro-purulentes ;
- 3° Des parties complètement dénudées ;
- 4° Des bulles ouvertes depuis quelque temps et dont la matière contenue s'est concrétée sous forme de croûtes épaisses et brunes.

Nous croyons ces altérations cutanées toutes de même nature, mais de diverses époques. C'est évidemment le pemphigus aigu, tel qu'on le rencontre chez l'adulte ; il n'y a pas une pustule phlyzaciée, rien qui puisse faire soupçonner l'ecthyma. Les bulles intactes et remplies de sérosité seule ou de sérosité purulente

sont en assez grand nombre, et ont des caractères tellement tranchés, qu'il est impossible de les confondre avec toute autre maladie cutanée.

La disparition de l'épiderme aux pieds et aux mains doit être expliquée par la rupture, sous l'influence de contractions utérines, de bulles volumineuses et réunies par leurs bords. La dénudation, en effet, existait au moment de l'accouchement, et la tête est sortie la première.

Les points blancs, grisâtres, qu'on voit sur les parties dénudées, me semblent être le siège de la bulle : ce sont ces points qui ont sécrété la sérosité purulente.

La rougeur des parties dénudées est plus vive qu'après la rupture des bulles de pemphigus chez l'adulte ; mais cet excès de coloration, du reste peu considérable, ne tient-il pas à l'hypérémie de la peau des nouveaux-nés.

Enfin, les lésions de la peau de la face sont toutes antérieures à l'accouchement. Celles du nez sont les plus récentes ; celles de la paupière inférieure et celles des oreilles sont en voie de guérison. On en voit deux à l'angle externe de l'œil gauche qui sont à peu près complètement cicatrisées.

OBSERVATION.

Syphilis chez l'enfant nouveau-né. — Par M. Desruelles.

Michel (Virginie), dix-huit ans, fabrique des porte-monnaie, fille-mère ; c'est sa première grossesse.

Elle a toujours été bien réglée depuis l'âge de treize ans, où elle le fut pour la première fois.

Grossesse facile, sans aucun accident ; non saignée.

Sentait peu remuer son enfant dans les derniers jours.

Elle est accouchée le 3 octobre 1852, à deux heures, après avoir été prise de fortes douleurs à quatre heures du matin.

L'enfant est venu vivant.

Cette femme, qui ne présente aujourd'hui aucune lésion, a eu d'abord des rapports avec un homme. A la suite de ceux-ci, elle éprouva bientôt de la difficulté à uriner, elle vit en blanc ; de plus, elle avait quelques boutons aux parties génitales externes qui donnaient parfois une humeur. Elle entra en 1850 à Lourcine, où elle resta deux mois.

Là elle fut cautérisée à plusieurs reprises, et on lui donna des

pilules, qu'elle se garda bien de prendre, d'après l'avis, que lui donna une infirmière couchée auprès d'elle, que ces pilules rougeaient la bouche et déchaussaient les dents. Nous rappelons ces renseignements pour étayer le diagnostic porté sur sa pancarte, vérifié par un de nos bons collègues et amis (Charrier) : Plaques muqueuses.

Cette femme eut, après sa sortie de Lourcine, où elle était bien guérie, dit-elle, de son affection locale du moins, des rapports nouveaux avec un homme qui la rendit enceinte. Cet homme, selon elle, était malade lui-même, car elle l'a vu saigner en cachette, et depuis elle a pu savoir qu'il allait, depuis huit mois, consulter un médecin de Belleville. Il prenait souvent de petites fioles et des bouteilles ; elle n'a eu, elle, que des végétations depuis sa sortie de Lourcine.

État de l'enfant.—Il est du sexe masculin, né à terme et vivant.

Il est mort trois heures après sa naissance.

Ses membres sont plutôt grêles que robustes.

Les membres inférieurs, ou plutôt les deux pieds, présentent à leur face plantaire seulement un nombre considérable de bulles, les unes intactes et distendues par un liquide séro-purulent, les autres aplaties et vides.

Dans certains points où l'épiderme a été enlevé ou intéressé, les bulles ayant crevé, le derme apparaît avec une coloration rouge vif, un peu foncé.

La face plantaire du pied gauche offre un si grand nombre de ces bulles, que c'est à peine s'il y a un point qui en soit à l'abri.

Au pied droit, le gros orteil, à sa face plantaire, offre une large vésicule qui intéresse toute l'étendue de sa face plantaire et uniquement remplit de sérosité.

La face dorsale de l'un et de l'autre pied ne présente rien.

Aux mains, les mêmes phénomènes se répètent ; on ne trouve de bulles pemphigoides qu'à la face palmaire, rien à la face dorsale.

La face palmaire de la main droite en est littéralement remplie ; ici elles sont largement distendues par un liquide séro-purulent.

Une large surface, à la racine de l'index et du médius, où l'épiderme a été enlevé, offre une coloration bleuâtre violacée très prononcée.

Elles sont plus rares à la main gauche ; le derme à nu sur une plus large surface est très violacé ; les autres parties du corps,

face, tronc, parties génitales, n'offrent pas la moindre trace de ces vésicules ou autres lésions.

L'autopsie, faite avec notre ancien collègue Lescun, interne de Saint-Louis, nous permet de constater les phénomènes suivants :

1° Du côté du foie, rien d'anormal dans sa couleur, dans son volume, sa consistance ; il renferme du sang noir en abondance.

2° Le thymus est parfaitement sain ; son liquide blanchâtre normal est même rare.

3° Les poumons, à l'aspect extérieur, paraissent aussi parfaitement sains ; çà et là quelques taches blanchâtres parsèment sa surface ; ils ne sont autre chose que des cellules plus aérées. Ils surnagent, plongés dans l'eau ; mais à la coupe, l'aspect présente quelque chose d'anormal. La surface de l'incision est grisâtre ; le tissu pulmonaire est plus mou, pénétrable, se déchirant facilement : on a l'aspect d'une infiltration grise analogue à celle que l'on rencontre dans la phthisie. Ces points, pressés entre les doigts, laissent suinter une sérosité grisâtre spumeuse en assez grande abondance.

Les autres organes étaient sains.

Deux autres cas de pemphigus avaient été observés dans le cours de l'année 1852 à l'hôpital Saint-Louis, chez des enfants nouveau-nés morts en naissant, issus de mères dont l'une portait des plaques muqueuses, et dont l'autre, saine, savait le père atteint depuis longtemps d'une mauvaise maladie.

Ces faits viennent à l'appui de celui que nous avons présenté pour la première fois à la Société, en septembre 1851, et sur lequel M. Lebert a fait un rapport si substantiel. Ceux signalés depuis par MM. Lebert (novembre 1851), Depaul (janvier, juin 1852), Broca (juillet 1852), et par nous (novembre 1851 et celui de janvier 1853), viennent à l'appui de l'opinion que nous avons émise dans notre travail inaugural sur ce sujet :

1° Que la syphilis héréditaire se montre plus souvent qu'on ne l'avait cru, au moment de la naissance et pendant la vie intra-utérine même ;

2° Que l'opinion qui dit qu'elle ne peut se manifester que six semaines après la naissance, c'est-à-dire un espace de temps égal à celui qui est nécessaire chez l'adulte pour l'apparition des accidents constitutionnels, que cette opinion nous paraît au moins contestable ;

3° Que le pemphigus paraît être une manifestation évidente de la syphilis chez les nouveaux-nés;

4° Enfin, si, en l'absence bien constatée de syphilis chez la mère, il ne serait pas possible que la syphilis ait pu être communiquée au germe sans attaquer la mère?

OBSÉRVATION.

Enfant né avec un pemphigus; renseignements sur les antécédents des parents. — Par M. Bidard.

Observation de la mère.

Coulier (Elise), vingt et un ans, fleuriste, primipare, non mariée, est accouchée de son premier enfant, à l'hôpital Saint-Louis, le 21 février 1853, à trois heures du matin. D'une bonne constitution, de tempérament lymphatique. Elle a été réglée à l'âge de treize ans et demi, et n'a jamais éprouvé de dérangement dans la menstruation. Pendant sa grossesse elle a beaucoup souffert: les vomissements ont persisté jusqu'au cinquième mois; elle a éprouvé des migraines très fréquentes, des douleurs abdominales presque continuelles, et une constipation opiniâtre. Elle n'a pas enduré de privations, et n'a jamais essayé de dissimuler sa grossesse. Elle affirme n'avoir jamais eu d'écoulements, jamais de fleurs blanches, si ce n'est au moment de l'apparition des menstrues, jamais de boutons aux parties. Elle paraît de bonne foi, et me dit naïvement qu'elle a peut-être gagné du mal, mais qu'elle ne s'en est jamais aperçue. Elle ne présente pas de taches à la peau, et dit n'en avoir jamais eu; elle n'a jamais eu de maux de gorge; il n'y a ni exostoses, ni douleurs dans les jointures. Les ganglions cervicaux postérieurs ne sont pas enorgorgés.

Observation du père.

Cutard (Alexandre), vingt-huit ans, écuyer; tempérament lymphatique. Il vient me trouver avec le plus grand empressement pour me donner les renseignements qui suivent: Il n'a jamais eu qu'une affection syphilitique. Il y a cinq ans, étant au Brésil, il contracta un chancre qui siégeait sur le côté gauche du frein. Il revint très peu de temps après à Paris, où il fut traité pendant trois mois avec des préparations sudorifiques. Il n'aurait jamais pris de mercure, ni d'iodure de potassium. Depuis ce

temps il n'a pas vu survenir d'accidents secondaires ; il n'a jamais eu de syphilides, jamais de douleurs dans les jointures. Il ne présente ni exostoses, ni ulcérations du pharynx.

Cet homme est convaincu que la mère de l'enfant n'a jamais eu de maladies vénériennes.

Observation de l'enfant.

Enfant du sexe masculin, né à terme le 21 février, à trois heures du matin, mort un quart d'heure environ après sa naissance. Il a 44 centimètres de longueur ; les cheveux sont longs et très abondants ; les testicules sont descendus. Les deux pieds sont couverts de bulles : les unes, et ce sont les plus nombreuses, simplement remplies par de la sérosité, et consistant, vingt-quatre heures après la mort, en un plissement de l'épiderme soulevé ; les autres (deux ou trois seulement à la face plantaire) sont encore remplies et distendues par un mélange de pus et de sérosité ; d'autres enfin ne contiennent que du pus, mais en trop petite quantité pour que l'épiderme sus-jacent soit distendu. Le talon gauche et la plus grande partie des deux gros orteils sont dénudés ; les parties privées d'épiderme sont d'un rouge très vif, et parsemées de points grisâtres plus durs que les parties voisines, qu'on ne peut enlever en les grattant avec un scalpel, qui ont à la loupe un aspect réticulé, granuleux, et qui tiennent évidemment à une ulcération du derme.

Les membres abdominaux et thoraciques présentent çà et là un assez grand nombre de taches violacées, recouvertes par un épiderme un peu soulevé, et qui paraissent dues à des bulles commençantes.

Sur les deux mains, on trouve un grand nombre de bulles très développées, simplement séreuses ou séro-purulentes. Là, comme aux pieds, ces bulles ne sont ni régulièrement arrondies, ni accompagnées de rougeurs et d'indurations à leur base. Il existe aussi quelques points où l'épiderme a été complètement enlevé.

A la partie inférieure du front, on voit plusieurs bulles intactes qui ne contiennent plus de produit de sécrétion vingt-quatre heures après la mort. Les ailes du nez sont dépouillées de leur épiderme, et l'on y trouve deux points où existe une petite croûte d'un brun noirâtre, très adhérente, et de forme assez

régulièrement arrondie. Le scrotum est volumineux, transparent, et laisse suinter à la coupe une abondante sérosité. En ouvrant l'abdomen, il s'écoule du tissu cellulaire sous-cutané une quantité notable de sérosité citrine. Le foie est peut-être plus volumineux qu'à l'état normal; il occupe la plus grande partie de la cavité abdominale, s'étend d'un hypochondre à l'autre, et sa face supérieure a 13 centimètres d'étendue de droite à gauche, et 9 dans le sens antéro-postérieur. On n'aperçoit nulle part de fausses membranes adhérentes à sa surface; il est d'un rouge brun, plus foncé à sa face inférieure, et l'on voit quelques points disséminés qui sont plus jaunâtres. Il est lisse partout et bien régulier; on le déchire facilement, et il sort à la surface des incisions beaucoup de sang noir. Si l'on examine la surface des incisions, surtout dans le lobe, on trouve que le tissu du foie paraît moins coloré, plus ferme, et, en quelque sorte, carnifié, qu'à l'état normal. On ne constate aucune tumeur. La vésicule biliaire contient une petite quantité de liquide citrin, transparent, filant comme du blanc d'œuf. En comprimant le thymus pour l'extraire, je fais sortir une demi-cuillerée à café de pus épais, jaunâtre bientôt; il en sort également beaucoup de toutes les incisions.

Le péricarde est sain; les quatre cavités du cœur sont distendues par un sang noir coagulé, qui, comme à l'oreillette droite, offre une teinte bleuâtre. Sur le bord postérieur du poumon droit, et sur le bord antérieur du poumon gauche, on trouve plusieurs points formant un léger relief à la surface, de la grosseur d'une lentille, très résistants, et d'un blanc grisâtre. Les petits noyaux présentent à la coupe une surface blanche, homogène, et ont l'aspect de tissu fibreux. Les deux poumons sont néanmoins insufflés avec la plus grande facilité, et deviennent d'un rouge rutilant dans tous les autres points de leur étendue.

La rate et les reins ne présentent aucune altération.

En résumé, cet enfant présente : 1° Des bulles parfaitement caractérisées du pemphigus aigu; 2° une altération peut-être de nature particulière sur les ailes du nez, qui, si je ne me trompe, serait soupçonnée spécifique, si on la rencontrait chez un adulte aux consultations de l'hôpital Saint-Louis; 3° un œdème du tissu cellulaire de l'abdomen et du scrotum; 4° un état du foie qui se rapproche beaucoup des descriptions de M. Gubler; 5° dans le

thymus, du pus parfaitement évident, car sa couleur et son opacité le différencient nettement du produit de sécrétion ordinaire de cet organe; 6° enfin, dans le poumon, des noyaux qui ne peuvent être pris pour des tubercules, et qui sont entourés par un parenchyme très sain. Maintenant, si ce pemphigus est syphilitique, il ne me semble pas impossible d'admettre que le père soit sous l'influence d'une syphilis constitutionnelle. Il ne présente pas, dans ce moment, de manifestations syphilitiques; mais tout le monde sait qu'on voit survenir souvent des accidents secondaires et tertiaires à une époque plus éloignée de l'infection, et rien ne prouve que cet homme en soit à l'abri. Il n'a pu me dire si son chancre s'était induré; mais sa persistance l'indiquerait assez, et assurément son traitement a été défectueux.

OBSERVATION.

Entéro-cystocèle inguinale. — Étranglement de l'anse d'intestin, kélotomie, réduction de l'intestin. — Incision de la vessie irréductible. — Mort. — Autopsie. — Par M. Duchaussoy, interne des hôpitaux.

Fouquet (Jean), charron; fortement musclé et chargé d'embonpoint; âgé de soixante et un ans; portait depuis l'âge de vingt et un ans un bandage propre à contenir une hernie inguinale du côté droit. Cette hernie avait paru dix ans plus tôt, mais elle n'avait pas été contenue dans l'espoir qu'elle serait un motif d'exemption du service militaire, espoir qui fut, en effet, réalisé. Malgré l'application du bandage, la hernie faisait quelquefois une légère saillie, mais elle rentrait aussitôt que le malade se mettait au lit, *de sorte que, soit avant l'application du bandage, soit après, la hernie ne devint jamais le siège d'étranglement ou même d'engouement*, c'est-à-dire que le malade la porta pendant cinquante et un ans sans être incommodé.

Le lundi, 11 janvier 1853, sans cause appréciable, une petite tumeur apparaît sous le bandage; Fouquet se couche et retire son bandage; mais cette fois, au lieu de rentrer, la hernie devient plus volumineuse, de vives douleurs se font sentir dans l'aîne, et, malgré les tentatives de réduction faites à diverses reprises par le malade lui-même, puis par un médecin, malgré l'emploi successif de bains, de lavements, de saignées locales, les accidents de l'étranglement se manifestent, et le jeudi, dans l'après-midi, le malade entre à l'Hôtel-Dieu.

A la visite du soir, je note les faits suivants : le volume de toutes les parties contenues dans la bourse droite est celui d'une grosse tête de fœtus à terme ; au côté externe de la tumeur la percussion dénote de la sonorité tympanique et produit quelques gargouillements ; au côté interne est un organe mollassse, se laissant facilement déprimer en tous sens sans que je puisse néanmoins le réduire, et fournissant de la matité à la percussion.

Le pédicule de la hernie est dur, cylindrique, il a 4 centimètres de diamètre ; la partie la plus élevée sort de l'abdomen par une ouverture qui répond exactement au milieu de l'arcade crurale ; le scrotum de ce côté a 2 décimètres de long et présente vers le milieu un étranglement circulaire.

Le malade m'apprend qu'il n'a pas uriné depuis que la hernie est sortie, et que, dans ses nombreux efforts, il a rendu seulement quelques gouttes d'un liquide rouge par le canal de l'urètre.

A mes questions pour savoir s'il a éprouvé quelquefois avant cet étranglement, de la difficulté à uriner, et si son urine a présenté des altérations, il répond que depuis sept ou huit ans il urine plus facilement quand il soulève ses bourses, mais qu'il peut très bien uriner sans cela, et que son urine est toujours parfaitement limpide.

Il n'a pas eu de garde-robe depuis dimanche et vomit continuellement ; son ventre est énormément ballonné ; de vives douleurs qui s'étaient fait sentir le lundi et le mardi au pli de l'aîne ont disparu ; les matières des vomissements sont jaunes, liquides, sans odeur caractérisée ; hoquet fréquent, voix affaiblie, pouls 90, assez fort.

Je tente la réduction avant et pendant l'anesthésie produite par le chloroforme ; tous mes efforts sont inutiles et provoquent de vives douleurs : un bain d'une heure de durée, un lavement au tabac n'ont pas plus de succès.

Le lendemain, 14 janvier, les accidents de l'étranglement se sont encore aggravés, le météorisme a augmenté, le hoquet persiste ; pouls 100, petit ; douleurs sourdes à la région lombaire ; les vomissements ne cessent point, mais ils sont moins abondants que la veille ; le décubitus latéral gauche est le seul qui puisse être supporté ; le volume du pédicule de la hernie est doublé depuis hier.

M. Roux procède à la kélotomie.

Elle ne présente d'abord rien de bien notable : le sac contient une assez grande quantité de sérosité rougeâtre qui jaillit sous le bistouri ; l'intestin hernié est une portion du petit intestin fortement hyperémiee mais non désorganisée, il ne peut être réduit qu'après le débridement du collet du sac ; mais après cette réduction il reste encore au côté interne du sac qui contenait l'intestin, une masse large de 6 à 7 centimètres, aplatie d'avant en arrière, irrégulièrement piriforme, molle, non recouverte de péritoine, et contenant un noyau dur du volume d'une grosse noix. Le testicule situé en dedans et en bas de cette masse herniaire en est parfaitement séparé ; des adhérences solides unissent la tumeur aux enveloppes du cordon spermatique dans l'étendue de 3 à 4 centimètres.

M. Roux, après avoir fait de longs et vains efforts pour les vaincre, constate l'opacité de la tumeur, et la regardant comme constituée par l'épiploon dégénéré, il se détermine à en faire l'excision : il incise donc avec précaution, couche par couche, au-dessous d'un tissu cellulaire lâche ; il divise une couche graisseuse ; au-dessous de celle-ci une nouvelle incision fait un trou par lequel jaillit aussitôt un liquide jaune et clair : c'était de l'urine, il s'en écoula un demi-verre environ.

Les bords de l'ouverture furent saisis à l'aide d'une pince et sa base embrassée dans une anse de fil ciré, puis un pansement approprié ayant été placé sur la plaie, le malade fut reporté dans son lit, et une sonde placée à demeure dans son urètre.

Le malade fit à chaque instant de nouveaux efforts pour uriner, et ne put supporter la sonde qui lui occasionnait, disait-il, une sensation de brûlure ; je la retirai à la visite du soir, la vessie ne contenait pas d'urine ; il eut dans la soirée une hémorrhagie peu abondante. Le lendemain, la face était altérée, le pouls à 116 ; soubresauts de tendons ; ventre toujours météorisé mais *non douloureux* à la pression ; jactitation ; vomissements fréquents ; il a eu dix selles depuis l'opération. On lui accorde quelques cuillerées de bouillon, il les prend facilement ; mais tout à coup son visage pâlit, il meurt sans faire entendre une plainte : *il n'avait pas uriné depuis l'opération.*

Autopsie. — L'autopsie fut faite quarante-huit heures après la mort. Les parents avaient formé une opposition que je parvins avec peine à faire lever quelques instants avant l'inhumation.

Cette circonstance ne me laissa que le temps nécessaire pour détacher le tiers inférieur droit de la paroi abdominale antérieure et de scier les pubis au milieu de leurs branches horizontales et à leur jonction avec les branches ascendantes des ischions.

La pièce, ainsi limitée, présente : 1° à la partie antérieure la *vessie* faisant une saillie de même volume que sur le vivant, et en dedans le cordon spermatique auquel elle adhère et dont les tuniques sont infiltrées d'une grande quantité de sang.

La face antérieure de la vessie est dépourvue de péritoine, de même que ses bords latéraux et la plus grande partie de sa face postérieure. Le péritoine ne devient apparent qu'au voisinage de l'anneau inguinal inférieur, là il revêt circulairement la vessie, descendant toutefois d'un centimètre plus bas à la face postérieure qu'à l'antérieure.

Au côté externe de la vessie, et un peu en haut, sont les débris du sac qui contenait l'intestin : ce sac isolait complètement l'intestin de la vessie et appartenait en entier au premier de ces organes.

La vessie a des parois épaisses, non pas qu'il y ait hypertrophie de la tunique musculaire, mais parce qu'une couche de tissu cellulo-adipeux enveloppe cette tunique. En plusieurs points, la graisse forme des pelotons : l'un d'eux, situé à l'extrémité inférieure de la vessie, a le volume d'une grosse noix et se présente à la coupe sous l'aspect d'une agglomération de granulations dures et lisses du volume d'un grain de blé, séparées par un feutrage de lamelles résistantes.

L'*anneau inguinal inférieur* est extrêmement dilaté : son pilier supérieur est grêle, mais l'inférieur est volumineux et disposé en gouttière dans le sens du trajet de la hernie. Un peu avant de s'insérer à l'épine du pubis, ce pilier émet des faisceaux aponévrotiques très forts qui remontent vers le pilier supérieur en s'accolant à la portion d'os comprise entre l'angle et l'épine du pubis.

La face postérieure de la pièce anatomique offre les détails suivants : Du niveau de la symphyse sacro-iliaque gauche partait, chez le sujet entier, un repli péritonéal épais et résistant, qui se dirigeait vers l'anneau inguinal supérieur ; mais avant d'y parvenir, il rencontrait une autre portion de séreuse descendant de la face postérieure du muscle transverse de l'abdomen au niveau

de l'origine des fibres aponévrotiques, se portait au-devant du repli précédent et se confondait avec lui. De leur réunion résultait une arcade à concavité supérieure et regardant aussi un peu à gauche.

En dedans de cette arcade, se voit un *infundibulum* à trois angles plans formés par le repli précédemment indiqué, et par deux autres portions de péritoine, venant, l'une de la face postérieure du muscle droit, l'autre de la face latérale droite de la portion de vessie encore contenue dans l'abdomen.

La partie rétrécie de cet *infundibulum* conduit directement à l'orifice supérieur du canal inguinal; le doigt introduit par cet orifice sort par la face antérieure et se trouve environné de péritoine jusqu'à sa sortie.

La *prostate* est appliquée sur la symphyse pubienne qu'elle croise obliquement de haut en bas et de droite à gauche; le col de la vessie répond à la face postérieure du corps du pubis droit, dont il est séparé par du tissu cellulo-grasieux.

La plus grande partie de la portion de vessie contenue dans l'abdomen est tapissée par le péritoine, une petite portion de sa face antérieure en est seule dépourvue. La cavité de cette vessie intra-abdominale contiendrait à peine un petit œuf-de poule. La portion cylindrique qui établit la communication entre les deux poches admet à peine l'index. La muqueuse vésicale ne présente aucune altération.

En décollant le péritoine qui revêt la face postérieure du muscle droit on découvre les vaisseaux épigastriques, et on les voit passer d'abord au côté interne, puis à la partie inférieure de la vessie herniée, de sorte que ces vaisseaux embrassent dans une anse l'espèce de cylindre que la vessie forme en ce point.

L'anse d'intestin, qui avait été le siège de l'étranglement, a un décimètre de longueur, elle est de couleur sépia, sans ramollissement, sans perforation; tout le reste du tube digestif présentait à l'extérieur des arborisations vasculaires. Le mésentère, chargé de graine, offre la même injection, plus des plaques uniformément colorées en rouge framboisé.

Il n'y a dans la cavité abdominale aucun épanchement de sang, de sérosité, de pus ou de matières fécales.

La rapidité avec laquelle cette autopsie a dû être faite, m'a empêché d'étendre plus loin l'examen cadavérique.

Cette hernie de la vessie s'était sans doute produite à une épo-

que bien antérieure à celle de l'étranglement intestinal, car depuis sept ou huit ans le malade avait remarqué qu'il urinait plus facilement en relevant les bourses avec la main; on peut même penser que la vessie formait la hernie pour laquelle Fouquet fut exempté du service militaire, et qu'il avait déjà depuis dix ans sans la contenir et sans en être incommodé (1).

La hernie de l'intestin a donc été consécutive à la cystocèle; on peut aussi croire qu'elle a été déterminée par elle, car toutes deux s'étaient faites à travers le même orifice, l'anneau inguinal supérieur.

Des rapports du péritoine avec la vessie déplacée on peut induire que la paroi antérieure de la vessie, c'est-à-dire celle qui est dépourvue de séreuse, s'est engagée la première dans le canal inguinal, puis elle aura entraîné la paroi postérieure, en partie au moins; en effet, le péritoine environnait la portion rétrécie engagée dans l'anneau inguinal inférieur, mais il ne formait pas ce sac herniaire dont Lawrence donne l'idée en disant qu'il forme une cavité membraneuse terminée en bas par un cul-de-sac, ouverte en haut dans l'abdomen, et couchée au-devant de la vessie à la face antérieure de laquelle sa moitié postérieure adhère intimement.

J'ai cherché avec soin quelque chose de semblable, et j'ai vu le péritoine pariétal se continuer avec celui de la vessie jusqu'à l'anneau inguinal inférieur sans former de sac.

Le malade a fait exception en quelques points à la description habituelle des symptômes de la cystocèle inguinale; il n'a jamais rendu, dit-il, d'urine trouble et je l'ai interrogé plusieurs fois sur ce point, il n'a jamais éprouvé de dysurie, de douleurs en urinant, de cystite, ou d'étranglement de la hernie vésicale.

Comment se fait-il qu'il n'a pu uriner depuis le jour de l'étranglement de son entéroccèle? Que la communication se soit trouvée interceptée entre la portion extra-abdominale de la vessie et l'urètre, par le fait de la compression que l'intestin distendu lui faisait subir dans le canal inguinal, on le comprend aisément; mais il restait encore une portion intra-abdominale qui devait pouvoir se remplir et se vider. L'étranglement a-t-il eu sur les

(1) La vessie n'étant d'ailleurs point contenue dans le sac de l'entéroccèle avait dû pour cette raison encore se déplacer avant l'intestin.

reins un retentissement qui aurait supprimé la sécrétion ? Peut-être un examen plus complet eût-il levé ces doutes.

La vessie n'ayant pris aucune part à l'étranglement, on ne peut se servir de cette observation pour discuter la valeur du symptôme noté par J.-L. Petit, dans l'ordre qu'il assigne à l'apparition du hoquet, puis du vomissement.

OBSERVATION.

Perforation de l'estomac. — Péritonite consécutive. — Mort. —
Par M. Millard.

François Duchâteau, âgé de soixante-quatre ans, entré le 27 janvier 1853 à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Jeanne, n° 4. C'était un vieillard maigre et sec, à traits effilés et tirés, portant toutes les traces d'une débilitation profonde; son teint était terreux, cachectique, sans offrir pourtant la coloration jaune-paille du cancer; sa figure exprimait la souffrance, mais non l'anxiété. Tous les détails qu'il me donna me firent songer à une lésion organique de l'estomac déjà ancienne. En effet, depuis fort longtemps il avait des troubles dans ses digestions, des aigreurs, des renvois acides; il avait considérablement maigri, il vomissait habituellement; plusieurs fois il avait rendu des liquides ou matières noirâtres, couleur chocolat, souvent bilieuses ou glaireuses. Depuis plusieurs semaines, il avait dû renoncer complètement à toute espèce d'aliments solides. Interrogé sur la nature de ses selles, il prétendit en avoir une tous les jours et liquide. Il me raconta de plus qu'en 1836 il avait eu un vomissement de sang dont on l'avait traité à l'Hôtel-Dieu par des boissons glacées, prises pendant huit jours de suite. Mais était-ce là une hémoptysie ou une hématomèse? Je ne saurais le dire. Enfin, sa mère et un de ses frères avaient, disait-il, succombé tous deux à une affection semblable à la sienne, qu'il qualifiait de *gastrite*.

Ce malade avait d'ailleurs vomi dans le courant de la journée; son crachoir renfermait des matières bilieuses en petite quantité. Sa peau était d'une sécheresse remarquable, mais sans élévation notable de température. Son pouls était *petit et peu fréquent*. Les artères radiales présentaient quelques points d'ossification. Pas de mal de tête; langue sale, mais humide; soif modérée. Pas de point de côté, pas de toux; aucune gêne de la respiration.

Le malade ne souffrait absolument que du ventre ; il se plaignait aussi, mais vaguement, de difficultés d'uriner.

Quand je voulus examiner l'abdomen, cela me fut tout à fait impossible ; le malade manifesta une sensibilité extrêmement vive ; il poussait des plaintes au moindre attouchement ; en même temps ses parois abdominales, fortement rétractées, étaient d'une dureté considérable, l'ombilic semblait attiré vers la colonne vertébrale. La percussion, pratiquée malgré ces conditions défavorables vers la région épigastrique sur laquelle le malade portait la main comme le siège des douleurs des plus vives, ne fit reconnaître la présence d'aucune tumeur. Je constatai seulement la petitesse des dimensions verticales du foie.

Cette sensibilité anormale devait naturellement me faire songer à la péritonite ; mais l'absence de réaction fébrile générale me détourna de cette idée ; je crus à des douleurs passagères et me bornai à prescrire un cataplasme laudanisé pour la nuit.

Le lendemain matin 28 janvier, quand M. Rostan vit le malade, il était mieux ; les douleurs s'étaient un peu calmées la nuit ; cependant son ventre était encore dur et rétracté, et il fut impossible de l'explorer convenablement. Il n'y avait pas de *fièvre*, et les signes de la péritonite, si elle existait déjà, étaient tellement obscurs, qu'on n'y songea même pas. M. Rostan parut même avoir plutôt de la tendance à admettre une affection thoracique chronique, comme une tuberculisation ancienne dont les vomissements seraient symptomatiques.

L'exploration des poumons faite avec le plus grand soin n'y révéla cependant aucune lésion notable. Cet homme, du reste, toussait rarement. On lui demanda quel régime il désirait ; il refusa soupes et potages et ne voulut que des bouillons.

Le vendredi soir, je le vis à quatre heures et demie ; il n'était pas plus mal, si ce n'est qu'il avait vomi une assez grande quantité de liquide rouge-brun, assez épais et mêlé de flocons glaireux. Mais comme cela lui arrivait fréquemment, il n'en paraissait pas surpris. Il était du reste *sans fièvre* ; les douleurs de ventre avaient diminué ; la difficulté d'uriner avait disparu. Cependant le malade réclama avec instance le cataplasme laudanisé qui l'avait soulagé la veille.

Le 29 janvier, même état. Il ne se plaignit d'aucun phénomène nouveau ; la sensibilité du ventre avait diminué, mais non

la dureté ; nous explorâmes de nouveau le thorax et l'abdomen , nous ne trouvâmes pas de matité anormale. La petitesse verticale du foie fut seule constatée de nouveau.

Le soir, il me montra dans son crachoir un liquide brun noirâtre, tout à fait semblable à du café à l'eau, un peu clair, et qu'il avait vomi dans la journée. Cela me parut confirmer de plus en plus le diagnostic primitif.

Le 31 janvier, à la visite, le malade paraissait exactement dans les mêmes conditions que les jours précédents, *sans fièvre*, mais pourtant sa figure était plus tirée, plus abattue. Cependant la péritonite qui devait l'emporter si rapidement, si elle existait déjà, était tellement latente (il importe d'insister sur ce point), que ce matin-là, veille du jour de sa mort, M. Rostan, malgré les antécédents et les vomissements actuels, hésitait encore à admettre une affection cancéreuse de l'estomac et penchait toujours pour une affection chronique des poumons. Il explora de nouveau lui-même la cavité thoracique, mais ne constata qu'un retentissement exagéré de la voix sous la clavicule gauche, et en arrière, vers la base du poumon du même côté, quelques râles peu marqués.

Le soir, je le vis pour la dernière fois. Je le trouvai plus faible, plus anxieux, abattu. A moitié assis sur son séant, il tenait devant lui un grand bassin rempli d'une quantité énorme de liquides verts, tout à fait bilieux, qu'il avait vomis depuis le matin. Il ne se plaignit pas du reste d'avoir ressenti des douleurs nouvelles et subites dans le ventre ; son pouls était petit, mais sans fréquence extrême.

Le malade expira le 1^{er} février, vers six heures du matin. Il s'était levé vers les trois heures pour aller à la selle, mais ne put remonter seul dans son lit. Une fois couché, il resta calme, n'eut plus de vomissements et s'éteignit trois heures après ce dernier effort.

Autopsie. — Voici maintenant les résultats de l'autopsie pratiquée vingt sept heures après la mort :

1° En ouvrant l'abdomen, j'ai entendu un bruit particulier dû à un dégagement de gaz ; je crus avoir, malgré mes précautions, donné un coup de scalpel dans le cœcum ; je reconnus plus tard qu'il n'en était rien, et que c'étaient là des gaz épanchés dans la cavité même du péritoine.

2° Nous avons trouvé tous les caractères d'une péritonite aiguë. Toute la masse des intestins grêles était peletonnée et réunie en une masse unique par des adhérences récentes. En dehors d'eux et dans le petit bassin, il y avait un épanchement considérable d'un liquide jaune-brun foncé et presque rougeâtre. Nous reconnûmes plus tard que ce liquide était identique à celui qui remplissait l'estomac et sortait par la perforation.

Toutes les circonvolutions intestinales étaient rouges, très vasculaires, présentant des taches superficielles, livides. Elles adhéraient l'une à l'autre par des fausses membranes, épaisses d'une ligne au moins, mais molles et faciles à déchirer. Le mésentère était très injecté et très épaissi. Les ganglions mésentériques étaient rouges et indurés.

3° Le foie présentait un aspect grisâtre dû à l'inflammation et à l'épaississement de la capsule sous-péritonéale. En voulant soulever le lobe gauche pour découvrir l'estomac, nous reconnûmes que son bord inférieur était adhérent par de fausses membranes assez molles. Ces adhérences facilement détruites, nous aperçûmes à travers une masse de liquide jaune-brun étalé au-devant du petit épiploon, un orifice parfaitement circulaire, pratiqué à la face antérieure de l'estomac très près de la petite courbure. En pressant sur le ventricule, on faisait refluer par cet orifice le liquide brun rougeâtre dont j'ai parlé. Je reviendrai tout à l'heure avec détails sur la description de l'estomac considéré seul.

La portion de la face inférieure du lobe gauche du foie qui correspondait à cette perforation ne présentait aucune adhérence ni fausse membrane; on y remarquait seulement une tache blanchâtre, ovalaire, de la longueur de 3 centimètres à peu près et tout à fait comparable pour l'aspect aux *plaques laiteuses*, suite des péricardites. Cette teinte blanchâtre était due à l'épaississement de la capsule de Glisson. Le péritoine s'en détachait avec facilité. Quant au reste de l'organe, son volume était petit, mais moins cependant que nous ne l'avions pensé. Sa surface extérieure était grisâtre; son tissu ne présentait rien d'anormal, il était seulement très congestionné, et la pression faisait sourdre à la coupe une quantité considérable de sang noirâtre.

4° La rate était d'une petitesse remarquable, elle présentait de tous côtés des adhérences.

Le pancréas adhéraït intimement, ainsi que je le dirai, à la face postérieure de l'estomac.

Tout le gros intestin était rempli de matières fécales consistantes.

Les intestins grêles, ouverts, n'ont rien offert de saillant ; la muqueuse était seulement livide et ramollie ; mais ni les plaques de Peyer, ni les follicules isolés ne présentaient d'ulcérations.

Dans le thorax, nous avons trouvé :

1° Le péricarde sain, sans épanchement ;

2° Le cœur avait son volume normal ; mais toutes ses cavités étaient remplies d'un sang très noir. Il en était de même de tous les gros vaisseaux. Il y avait quelques points légers d'ossification à la valvule mitrale ; mais les autres orifices étaient sains.

L'aorte avait un calibre énorme, presque double de son calibre ordinaire ; elle était remplie de sang très noir et diffluent. Elle offrait de plus une dilatation notable au niveau du sommet de la courbure.

Ses parois étaient saines d'ailleurs.

Les plèvres ne renfermaient pas de liquide ; mais il y avait de fortes adhérences des deux côtés, surtout à la base, où il fut impossible d'enlever les poumons sans déchirer leur tissu.

Les poumons sont sains, en avant ; au sommet, chacun d'eux renferme plusieurs noyaux d'induration noirâtres et des tubercules crétacés. Mais à la base et en arrière il y a tous les signes de la pneumonie hypostatique. En effet, le bord postérieur et la partie inférieure du tissu pulmonaire est livide, dur, ne crépite plus sous la pression. A la coupe, il ne s'échappe aucun liquide spumeux ; cela a tout à fait l'aspect du tissu splénique, il se déchire et s'enfonce sous le doigt avec la plus grande facilité. C'est, je le répète, plutôt de la splénisation que de l'hépatisation. Ces caractères sont surtout marqués du côté gauche.

Le cerveau n'a point été ouvert, le malade ayant conservé son intelligence jusqu'à la fin.

Voici maintenant les particularités que présente l'estomac envisagé isolément.

Cet organe a son volume presque normal ; sa surface extérieure présente :

1° Une injection arborisée du tissu cellulaire sous-séreux au niveau du cardia.

2° Au niveau de la petite courbure, immédiatement au-dessous de l'intestin du petit épiploon, on remarque un orifice parfaitement circulaire, à bords minces et tranchants, de 13 millimètres de diamètre, et dont la régularité ressemble à celle que produirait une balle ou un emporte-pièce.

3° Au-dessous et un peu à droite de cette perforation, vers le pylore, existe une saillie légère, un peu rougeâtre à l'extérieur et qui semble correspondre à un noyau d'épaississement.

4° Au-dessous de cette plaque saillante existe une autre large tache, sans relief, de couleur brun-jaune piquetée de points noirs, étendue dans le sens transversal et de 5 centimètres 1/2 de long sur 3 centimètres de large. Plusieurs taches de la même nature existent vers le grand cul-de-sac.

5° La face postérieure ne présente absolument que l'injection due à la péritonite; de plus, elle adhère à la face antérieure du pancréas, au niveau du corps de cet organe, dans un point diamétralement opposé. Les adhérences paraissent anciennes, quoique assez faciles à rompre.

L'estomac, ouvert par une incision pratiquée depuis le cardia dans toute la longueur de la grande courbure, présente :

Un épaississement et une hypertrophie manifeste des parois, sauf vers l'extrémité du grand cul-de sac.

Cet épaississement paraît dû à la tunique musculuse qui a presque doublé d'épaisseur, surtout du côté du pylore; mais les altérations les plus remarquables se trouvent dans la muqueuse.

Dans la grosse tubérosité, cette membrane est simplement injectée et présente des arborisations rougeâtres; mais partout ailleurs, elle a acquis un développement considérable; sa couleur est d'un gris ardoisé, livide ailleurs, elle est couverte d'un enduit épais rouge-brun qui ressemble à une sorte de gelée, et s'enlève avec une grande facilité. C'est une sorte de détritüs rougeâtre.

Elle présente de plus des plis et des circonvolutions très marqués, surtout vers le pylore. En général, elle se détache facilement de la membrane musculuse; mais vers le pylore, les adhérences entre les deux membranes épaissies deviennent plus intimes.

La tache brun jaunâtre que j'ai signalée à la face antérieure ne correspond pas à une altération particulière de la face interne;

c'est sans doute l'effet d'une mutilation cadavérique, provenant de l'épanchement rouge-brun.

Mais la plaque saillante signalée au-dessous de la perforation correspond à une petite masse d'une dureté peu prononcée.

L'orifice pylorique ne présente pas de rétrécissement manifeste.

L'altération la plus remarquable est la perte de substance qu'a subie la face postérieure de l'organe. Toutes les membranes sont réduites dans une étendue presque circulaire de 4 centimètres de diamètre. Les bords de cette perforation sont taillés à pic, mais réguliers. L'ouverture est complètement fermée par la face antérieure du pancréas, qui se reconnaît parfaitement à son aspect glanduleux et à sa couleur gris jaunâtre.

L'orifice circulaire à bords minces et tranchants est, du reste, très voisin de ce bourrelet circulaire; on voit manifestement qu'il n'existe en réalité qu'une perforation unique, très large, dont la plus grande partie a été fermée par des adhérences anciennes du pancréas, mais dont l'extrémité supérieure droite, au niveau de la petite courbure, s'est seule ouverte dans le péritoine.

J'insisterai en terminant sur ces points :

1° La marche générale de la maladie était celle du cancer de l'estomac.

2° La péritonite par perforation ne s'est pas révélée par des phénomènes subits; elle a été méconnue.

3° L'autopsie nous a montré les traces évidentes d'une péritonite récente causée par l'irruption des liquides et des gaz de l'estomac dans la cavité péritonéale.

4° L'examen de la pièce anatomique ne nous a pas permis d'établir nettement la nature cancéreuse de la maladie.

OBSERVATION.

Hématémèse mortelle, suite d'une perforation tuberculeuse de l'estomac chez un enfant de six ans et demi. — Par M. Bignon, interne des hôpitaux.

Foiret (Émile) est un petit garçon âgé de six ans et demi. Admis à plusieurs reprises à l'hôpital des Enfants pour divers accidents se rattachant aux diathèses scrofuleuse et tuberculeuse, il entra une dernière fois, le 8 juin dernier, dans le service des maladies chroniques alors sous la direction de M. Hillairet.

Cet enfant présente à son entrée des ulcérations multiples à la

région cervicale, plus nombreuses le long du muscle sterno-mastoidien gauche. L'apparence et la forme particulière de ces ulcérations qui ont décollé la peau et profondément disséqué les muscles de cette région, font soupçonner une influence syphilitique. Une médication spécifique appropriée est en conséquence instituée. Une prompte amélioration se manifeste dès le début de cette médication et *semble* confirmer pleinement le diagnostic.

Ajoutons qu'incidemment il est survenu pendant quelques jours du côté droit de la poitrine des râles muqueux, sous-crépitaux qu'on a cru devoir rapporter à un état phlegmasique du poumon.

Tels sont les antécédents et l'état de l'enfant qui fait le sujet de cette observation, au moment où M. Roger prend possession du service le 1^{er} juillet dernier.

En présence des résultats obtenus par son prédécesseur, M. Roger continue (avec une certaine défiance cependant) le traitement antisyphilitique. Le petit malade est d'une pâleur et d'une maigreur extrêmes. On voit de chaque côté du cou le tissu inodulaire de récente formation circonscrivant quelques ulcérations qui persistent encore et qui ont environ l'étendue d'une pièce de cinquante centimes. Rien de notable ne survient jusqu'au mercredi, 6 juillet.

L'enfant fait ce jour là son repas du matin comme à l'ordinaire. Vers midi survient brusquement un premier vomissement de sang noir, mêlé de caillots et d'aliments : la moitié d'un crachoir en est remplie. L'interne de garde prescrit une potion anti-hémorrhagique. A trois heures de l'après-midi, une seconde hématomèse a lieu ; le crachoir achève d'être rempli de sang noir comme la première fois. Une demi-heure après une troisième hémorrhagie, et le malade expire.

Autopsie. — L'autopsie faite en présence de M. Roger démontre une diathèse tuberculeuse remarquable par la multiplicité de ses produits. Au-dessous des ulcérations que l'on avait crues syphilitiques et des brides de tissu inodulaire, on trouve d'énormes et nombreux tubercules non encore ramollis. De semblables tubercules accompagnent en très grand nombre la fin de la trachée et les bronches ; les poumons, sauf quelques petites granulations à chaque sommet, n'en offrent pas de traces. Des

adhérences celluluses très nombreuses occupent la cavité pleurale droite. Peut-être faut-il rapporter à ces adhérences les râles observés pendant la vie. Les poumons sont d'ailleurs pâles, décolorés, ainsi que le cœur dont les cavités sont complètement vides de sang.

Un flot de sérosité transparente, citrine, s'échappe au moment de la section des parois abdominales. Cette sérosité occupe un véritable sac kysteux, aplati, compris entre la paroi antérieure de l'abdomen et la masse intestinale. Le grand épiploon, adhérent sur ses bords et par toute la surface contiguë aux intestins, englobe ceux-ci et en forme une masse globuleuse, bombée, arrondie, de sorte que, la paroi abdominale antérieure enlevée, on croirait le paquet intestinal renfermé dans une sorte de kyste formé par le grand épiploon doublé de dépôts pseudo-membraneux très épais et farcis de milliers de granulations tuberculeuses. Dans certains points de cette surface, une anse intestinale se soulève un peu et forme un léger relief. En faisant la dissection des intestins, on les trouve agglomérés, agglutinés ensemble en tous sens par les productions profondes de cette péritonite tuberculeuse. Le mésentère est rempli de gros tubercules, les uns ramollis, les autres à l'état caséeux. Le péritoine pariétal est également couvert de granulations tuberculeuses et présente même dans certains points de gros tubercules.

Près d'un verre de sang analogue à celui qui a été vomé, remplit la cavité de l'estomac. Cet organe incisé sur la petite courbure et lavé, on découvre sur la grande courbure, à la grosse tubérosité, une perforation circulaire, très nette, de la grandeur d'une pièce de vingt-cinq centimes. Une notable quantité de sang s'est échappée par cette perforation et a infiltré le tissu cellulaire sous-péritonéal. Aucun vestige d'inflammation ni d'ulcération ne l'environne; elle présente, en un mot, tous les caractères que l'on retrouve dans les perforations tuberculeuses. D'ailleurs un tubercule cru, soulevant la membrane muqueuse qu'il n'a pas encore altérée, existe tout à côté et ne laisse aucun doute sur la nature de cette perforation. Un autre tubercule, entouré d'une infiltration sanguine interstitielle et de quelques petites granulations tuberculeuses, se remarque à 5 centimètres environ du précédent et à droite sur la paroi postérieure de l'estomac.

La perforation occupe exactement le lieu de la situation anatomique des vaisseaux gastro-épiplœiques qui rampent à la grande courbure de l'estomac. Un examen très attentif ne m'a point permis de découvrir l'ouverture, l'érosion du vaisseau ou des vaisseaux qui ont fourni l'hémorrhagie gastrique; mais on ne peut douter qu'il n'y ait eu lésion de ces vaisseaux gastro-épiplœiques.

Il est facile de se convaincre par l'examen de la pièce pathologique que les tubercules que nous venons de décrire ont eu, à l'égard de l'estomac, une marche envahissante de dehors en dedans. D'abord développés sous le péritoine, ils ont soulevé, en les détruisant, les parois de l'estomac; et c'est à cette marche envahissante et destructive, que doit être rapportée la perforation et l'hématémèse mortelle qui en a été la conséquence.

Ajoutons qu'il n'y avait point de tubercules dans les méninges ni dans l'encéphale, et que l'examen de l'extrémité inférieure de l'un des fémurs et de la partie supérieure du tibia correspondant n'en a point fait découvrir dans les os.

Extrait du rapport de M. Lambert sur l'observation précédente.

Si les péritonites tuberculeuses ne sont pas rares chez les enfants, on trouve à peine quelques exemples de tubercules dans l'estomac. M. Papavoine, dans une analyse de cinquante cas de tuberculisation chez les enfants, cite l'estomac comme ayant été atteint une seule fois. M. Lombard, sur cent observations de tubercules (chez les enfants), ne cite pas un seul cas dans lequel l'estomac fût malade. Pour MM. Rilliet et Barthez, l'estomac et le péricarde sont les organes dans lesquels les tubercules sont le plus rares. M. Bignon, qui a bien voulu m'aider à faire ces recherches, a parcouru vainement un mémoire de M. Gérard (*Perforations spontanées de l'estomac*), et sur quarante observations, les unes personnelles à l'auteur, les autres empruntées à divers médecins, quelques unes à Lieutaud, il n'est pas fait mention d'une seule perforation tuberculeuse.

L'exemple que nous a montré M. Bignon, s'il n'est pas unique, est au moins un des rares faits qu'ait à enregistrer la science.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

XXVIII^e ANNÉE.

Bulletin N^o 7. — Juillet 1853.

RÉDIGÉ

PAR M. FOUCHER, SECRÉTAIRE.

SOMMAIRE.

Extrait des procès-verbaux des séances de la Société.

1. Fractures multiples. — 2. Luxation incomplète de la deuxième phalange du troisième orteil. 3. Néphrite albumineuse avec augmentation des sels de l'urine. — 4. Méningite spinale. — 5. Tumeur blanche du genou. — 6. Fracture du bassin. — 7. Concrétions calcaires de l'aorte. — 8. Rein dans la scarlatine. — 9. Calcul urétral. — 10. Calcul mural de la vessie. 11. Calcul vésical. — 12. Ostéite du fémur. — 13. Hémorrhagie de la protubérance et du cervelet. — 14. Kyste de l'ovaire. — 15. Péritonite. — 16. Hernie inguinale étranglée. — 17. Lipome. — 18. Ulcération du larynx. — 19. Cancer du pylore. — 20. Production cornée.

Observations. — 1. Fracture de la colonne vertébrale (septième cervicale) avec déplacement des apophyses articulaires; mort le quatrième jour après l'accident, par M. Gaujot, interne de l'Hôtel-Dieu. — 2. Corps fibreux cylindriques expulsés par l'urètre, par M. Morétin. — 3. Rétrécissement organique de l'œsophage, par M. Géry, interne des hôpitaux.

PRÉSIDENT DE M. CRUVEILHIER.

1. M. *Bauchet* montre des *fractures multiples* trouvées chez un homme qui s'est précipité d'un troisième étage. On voit sur le membre inférieur droit une fracture dentelée du corps du fémur, avec décollement du périoste, sans trace de travail de consolidation quoique la mort n'ait eu lieu que huit jours après l'accident. La malléole externe est fracturée obliquement; cette fracture a eu

lieu par arrachement, selon M. Bauchet. La partie postérieure de l'astragale est légèrement écornée ; le scaphoïde présente une fracture en étoile fort remarquable ; la tête du cinquième métatarsien est détachée par une fracture transversale ; l'extrémité postérieure est fissurée ; le quatrième métatarsien présente aussi une fracture sur son extrémité antérieure. M. Bauchet pense que la chute a eu lieu sur le pied ; que celui-ci étant porté fortement dans la rotation en dedans, le bord externe a surtout appuyé sur le sol, et la tête de l'astragale pressant sur le scaphoïde l'a fait éclater.

Le calcanéum du côté gauche offre un bel exemple de fracture avec écrasement.

M. Foucher pense, en tenant compte de l'insertion des ligaments sur le fragment supérieur du péroné et de la direction de la fracture, que la solution de continuité n'a pu être produite par arrachement, mais plutôt par éclatement.

M. Bauchet adopte cette manière de voir, et ajoute que sur ce malade il a été témoin d'un phénomène singulier ;

Le membre était sphacélé, et en enlevant le bandage on vit se produire subitement un œdème de tout le membre ; des mouchetures furent pratiquées.

2. M. Broca fait la communication suivante sur un cas de luxation de la deuxième phalange du troisième orteil.

Dans la soirée du 7 juin, M. F..., âgé de quarante-cinq ans, se promenait dans le jardin des Tuileries, conduisant son chien en laisse. L'animal indocile s'arrêta et refusa d'avancer. Pour vaincre son obstination, M. F... fut obligé de lui administrer un coup de pied. M. F... portait des souliers vernis assez minces ; la partie la plus antérieure de la semelle rencontra le flanc de l'animal, ce qui produisit une extension forcée sur la région digitale du pied. Une vive douleur annonça à M. F... que la correction avait dépassé son but : il ne put reposer le pied sur le sol qu'avec difficulté et pensa aussitôt que quelque chose était déplacé. Il crut même s'apercevoir que l'extrémité antérieure de sa chaussure était soulevée en totalité et portée dans l'extension, comme si tout le segment digital du pied eût été porté en haut. Il saisit à pleine main cette partie du membre, s'efforça de la redresser et crut avoir réussi. Je le vis le lendemain matin, douze heures après l'accident. Je constatai les particularités suivantes :

Le malade éprouve une douleur assez vive, qui occupe la partie moyenne du troisième orteil du pied droit. Le reste de l'avant-pied est un peu douloureux aussi ; mais il est manifeste que c'est le troisième orteil qui est le siège de la principale lésion. Cet orteil est légèrement tuméfié au niveau à peu près de sa deuxième phalange ; du reste, la peau est saine, et ne présente ni rougeur, ni ecchymose. A première vue on n'aperçoit aucune déformation, l'orteil n'est ni fléchi, ni étendu, il est parfaitement parallèle aux orteils voisins. Sa longueur est exactement égale à celle de l'orteil correspondant du pied gauche. La palpation et les mouvements communiqués fournissent des signes plus caractéristiques.

On peut comprimer, sans provoquer aucune douleur, la phalange unguéale et la phalange métatarsienne ; la pression sur la deuxième phalange est au contraire fort douloureuse. Lorsque, malgré cette douleur, on fixe cette deuxième phalange entre le pouce et l'index, on peut faire mouvoir la phalange unguéale sans produire aucune souffrance nouvelle. La deuxième articulation phalangienne est par conséquent intacte. Si, au lieu de cela, on fixe la phalange métatarsienne, et qu'on fasse mouvoir le reste de l'orteil, la douleur redouble aussitôt, et il devient évident que le mal a son siège soit dans la première articulation phalangienne, soit quelque part dans la continuité de la deuxième phalange.

Dès lors je me demandai s'il s'agissait d'une entorse ou d'une fracture de l'extrémité postérieure de la deuxième phalange. J'avoue que la facilité des mouvements communiqués et l'absence de déformations écartèrent d'abord de mon esprit l'idée d'une luxation dont je ne connaissais pas d'exemple. Après avoir vainement cherché la crépitation, j'acquis la conviction qu'il n'y avait aucune fracture. Cependant, avant de porter définitivement le diagnostic d'une entorse et de diriger le traitement en conséquence, je dus examiner attentivement l'articulation ; je palpai les parties avec plus de force, et je ne tardai pas à m'assurer qu'il y avait un déplacement véritable. Je trouvai d'abord, vers la face dorsale, une saillie osseuse formée par l'extrémité postérieure de la deuxième phalange ; une dépression située immédiatement derrière la saillie annonçait que cette phalange était déplacée en haut. Vers la face plantaire, je trouvai une disposition précisément inverse, c'était l'extrémité de la première phalange qui

soulevait les parties molles; seulement, cette saillie était beaucoup moins prononcée que la première, à cause de la plus grande épaisseur des chairs.

Je comparai alors l'épaisseur verticale de l'orteil à ce niveau avec celle de l'orteil correspondant du pied gauche, et je reconnus que cette épaisseur était augmentée; mais l'augmentation était loin d'être aussi considérable qu'elle aurait dû l'être si la luxation avait été complète et accompagnée de chevauchement.

Rapprochant cette donnée de celles que je possédais déjà, j'arrivai à cette conclusion, qu'il s'agissait d'une *luxation incomplète de la deuxième phalange en haut*. La réduction fut facile, je la maintins avec deux petites attelles de carton, et je prescrivis le repos au lit.

Le lendemain, le malade m'annonça qu'il avait souffert pendant la nuit et qu'il éprouvait un certain endolorissement de toute la portion antérieure du pied. Il me pria d'examiner les orteils voisins; je n'y trouvai aucun gonflement; toutefois, lorsque je voulus les faire mouvoir, je m'aperçus que toutes les articulations métatarso-phalangiennes étaient un peu douloureuses: elles avaient sans doute subi un mouvement forcé d'extension au moment de l'accident. La guérison fut complète le 4 juillet.

3. M. Leudet fait la communication suivante sur un cas de *néphrite albumineuse avec augmentation des sels de l'urine*.

Un malade était atteint d'ascite et d'œdème depuis trois mois. L'urine contenait des dépôts fibrineux contournés, des cellules épithéliales granuleuses; on n'avait pas remarqué d'excès dans la quantité des sels.

A l'autopsie, le rein droit d'un jaune rougeâtre à sa surface, offrait des étoiles rouges et de petites granulations disséminées çà et là, avec des enfoncements en forme de cicatrices à sa surface; les calices étaient dilatés; l'un d'eux contenait un calcul du volume d'un pois et deux autres plus petits, il n'y avait pas de calculs dans la vessie. Le rein gauche, d'une teinte jaune, offrait des stries vasculaires et quelques granulations.

Je me demande, dit M. Leudet, quelle est la relation des deux maladies? Est-ce un cas d'augmentation des sels de l'urine dans une maladie de Bright? Ces cas sont rares. Bright, dans son premier ouvrage, en 1826, n'en a pas fait mention; M. Rayer en signale deux ou trois; Freirichs un seul.

J'ai vu un cas de néphrite albumineuse dans lequel l'urine contenait des urates en grande quantité.

M. Rayer a vu une néphrite albumineuse et calculeuse à la fois ; doit-on penser que, dans ces cas, la formation des sels ayant précédé l'irritation du rein, a produit l'albuminurie ?

Il y a des cas dans lesquels la gravelle a été l'accident initial, dans d'autres le développement des symptômes a paru simultané.

M. Blot pense qu'il ne faut se servir du mot *néphrite* que lorsqu'il y a bien réellement inflammation ; que dans les autres cas le nom d'*albuminurie*, qui ne préjuge rien, convient seul. Ainsi, chez les femmes enceintes, l'albuminurie n'est le plus souvent qu'un trouble fonctionnel qui plus tard seulement pourrait amener une lésion matérielle.

M. Broca : Non seulement je suis de l'avis de M. Blot, mais je vais un peu plus loin que lui, et je pense que l'on a désigné sous le nom de *néphrite albumineuse* un grand nombre d'affections diverses. Les différents degrés que l'on a signalés me paraissent des maladies différentes.

M. Leudet : En Allemagne et même en Angleterre, on admet que la maladie de Bright correspond à plusieurs variétés de lésions du rein.

4. M. Blain des Cormiers montre à la Société une *moelle épinière atteinte de méningite*.

Cette pièce provient d'un homme de trente ans, tailleur, qui entra à l'hôpital de la Charité le 13 juin 1853, malade depuis dix jours, et ayant éprouvé de la céphalalgie, un peu de photophobie, quelques vomissements et des frissons ; comme antécédents, on doit noter les excès vénériens ; cet homme se livra au coït six à sept fois par jour pendant deux mois et demi. Le 16 juin, on observe une roideur presque tétanique du cou, qui est porté en arrière, décubitus dorsal, assoupissement continu, les yeux sont toujours fermés, pupilles normales, pouls très lent, constipation depuis dix jours. La rate est un peu plus volumineuse. On prescrivit un purgatif, vingt sangsues derrière les oreilles. La photophobie diminua, mais il survint un peu d'hyperesthésie des jambes. Le 23 juin, le pouls était dur, fréquent, la somnolence encore plus marquée. Le 28, fourmillement dans les jambes, agitation, urine involontaire, frisson violent, vomissement. Le 2 juillet, paralysie de la jambe droite, avec diminution de la sen-

sibilité, délire calme, pouls dur, fréquent, roideur de la partie postérieure du tronc; le soir, paralysie et anesthésie des deux jambes et des cuisses; le malade urine toujours par regorgement. Le 3, paralysie et anesthésie des membres supérieurs et de la moitié inférieure du tronc. 4 juillet, résolution complète des membres, anesthésie générale, relâchement des sphincters, mort.

Autopsie. Rien dans le cerveau, si ce n'est un peu d'injection des membranes; mais, depuis le bulbe jusqu'à l'extrémité de la moelle, on trouve du pus concret dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien; la moelle n'est pas ramollie.

5. M. *Bauchet* montre une *tumeur blanche avec fracture consolidée du fémur*. Un homme était atteint de tumeur blanche du genou depuis neuf ans, il fit une chute il y a neuf mois, et se fractura le fémur. A son entrée à l'hôpital de la Charité, il existait autour du genou une vaste collection purulente; on fit l'amputation de la cuisse.

On trouve un vaste abcès à la partie antérieure de la cuisse, sans communication avec l'articulation du genou, dont les cartilages sont érodés. Le canal médullaire du tibia est considérablement agrandi; le tissu médullaire est raréfié. Il en est de même pour le fémur, sur lequel on trouve en outre un cal complet, sans la moindre difformité.

M. *Broca*: C'est une fracture oblique consolidée, sans déviation, sans déplacement. C'est l'un des cals les mieux conformés que l'on puisse voir.

6. M. *Rombeau* montre une *fracture du bassin*, produite chez un maçon par une chute du troisième étage. La chute paraît avoir eu lieu sur la partie postérieure du bassin.

La cavité abdominale était remplie de sang, l'épanchement entourait l'aorte, le rein, et avait fusé au-dessous de l'arcade crurale; le foie et la rate présentent plusieurs déchirures. L'articulation sacro-iliaque droite est écartée par un simple arrachement des ligaments dans certains points, et par une véritable fracture dans d'autres. L'articulation sacro-iliaque gauche est simplement ouverte en avant par la déchirure des ligaments. Les os iliaques sont écartés l'un de l'autre, et le bassin est aplati. Enfin, les branches horizontales du pubis sont brisées. Sur ce sujet, le testicule gauche est complètement descendu et l'épididyme semble retenu dans l'anneau. Sur le même sujet, on voyait

à la face dorsale du poignet droit, entre les tendons des extenseurs, une petite bourse séreuse communiquant avec la synoviale articulaire au moyen d'un petit pédicule perforé.

M. *Broca*. Ce n'est pas l'épididyme qui occupe l'anneau ici ; c'est une masse jaunâtre qui n'est autre chose que de la graisse.

7. M. *Gery* présente une aorte offrant tout le long de son trajet des concrétions pseudo-cartilagineuses avec un rétrécissement de son orifice. Le malade avait offert les symptômes généraux des maladies du cœur, avec un bruit de souffle au premier temps retentissant dans les grosses artères.

8. M. *Leudet* montre, au nom de M. Maingault, le rein d'un enfant mort à la suite d'une scarlatine. On remarque un état congestionnel du rein avec tendance ecchymotique sans décoloration partielle : le fait le plus important de cette pièce, ce sont les ecchymoses qui sont réunies çà et là à la surface ; c'est une sorte de scarlatine du rein.

M. *Broca* : Dans une thèse sur l'état du rein dans la scarlatine, j'ai vu que l'on rencontrait ordinairement une hyperémie uniforme.

M. *Leudet* rappelle que dans les deux cas qu'il a observés, le rein congestionné offrait çà et là des arborisations sur un fond rouge.

9. M. *Charrier* montre à la Société trois calculs :

Un calcul urétral provenant d'un homme de soixante-deux ans, entré le 15 avril 1853 au n° 38 de la salle Saint-Louis (hôpital de la Pitié).

Dès l'âge de dix-sept ans ce malade souffrait de la vessie ; il avait des rétentions d'urine assez fréquentes. Plusieurs blennorrhagies sont venues compliquer ses souffrances de dix-huit à trente ans. Depuis cette époque il a remarqué que le jet d'urine est en tire-bouchon. Il souffre dans la miction, qui est parfois interrompue, puis il urine goutte à goutte. Cet état a continué jusqu'en 1848 où, à la suite d'une marche prolongée, il fut obligé de s'arrêter tout à fait et de se mettre au lit pour une rétention complète d'urine. Il prit des bains ; deux bougies furent passées ; le malade, se trouvant mieux, se remit à travailler. En 1849 il est traité à la Charité.

En 1853, au mois de janvier, le même accident arrive ; il entre à l'hôpital, trois mois après ; il est sondé le lendemain, on trouve dans l'urètre un petit calcul qui est enlevé avec des pinces à

pansements, le calcul s'étant arrêté dans la fosse naviculaire. Le malade urine quelques gouttes de sang pour la première fois. Il a la fièvre pendant huit jours, mais il urine un peu mieux.

Sondé de nouveau le 1^{er} mai, il souffre beaucoup; le bec de la sonde heurte contre un calcul qui est situé dans le col vésical; la petitesse du canal de l'urètre du malade, sa susceptibilité, décident M. Michon à pratiquer la taille bilatérale. Le doigt introduit dans la vessie atteint derrière les pubis le calcul urétral qui se divise en deux portions et qui est amené au dehors.

Le malade n'a aucun accident, et aujourd'hui 15 juillet, il est guéri, n'urine plus par la plaie, mais par l'urètre. Le jet est assez fort, non en tire-bouchon et sans douleur.

Le calcul se compose de trois parties : une inférieure qui est convexe inférieurement, concave supérieurement et creusée d'une petite rigole presque filiforme par où passait l'urine, puis de deux petites parties qui s'ajustent parfaitement de manière à former un anneau presque complet. Leurs facettes s'engrènent exactement et ont l'air d'avoir été juxtaposées, ce qui me ferait croire que leur formation est postérieure à celle de la partie inférieure ou prostatique qui est de beaucoup la plus volumineuse. Ce calcul est composé d'urate de chaux et de phosphate calcaire. Poids, 5 grammes.

10. *Un calcul mural de la vessie*, trouvé chez un homme de quarante ans, entré à l'hôpital le 28 février 1853.

Ce malade quitte le service de M. Maisonneuve qui a voulu pratiquer la taille. Ancien militaire, dès l'âge de vingt ans il eut des hématuries; il est grand et robuste, il demande à être soumis à la lithotritie; de temps à autre il a des incontinenances d'urine qui sont suivies de dysurie et quelquefois de rétention complète; quand il boit beaucoup ou qu'il fatigue, il a une hématurie.

La sonde introduite dans la vessie fait reconnaître un calcul, que l'on se décide à broyer; quatre séances ont lieu sans accidents, le malade rend plusieurs fragments assez volumineux; à la cinquième séance, frisson; hématurie qui dure huit jours.

Le malade a la fièvre, il vomit du sang, puis quelques jours après il crache du sang; à l'auscultation on ne découvre rien.

Le 15 mai, nouvelle hématurie; incontenance d'urine, douleurs des reins, frisson, douleurs du ventre, mais pas très considérables.

20 mai. Nouvelle hématurie considérable; crachements de sang, vomissements de sang, de bile; le lendemain le malade se refuse à toute opération. Il perd ses forces, devient anémique et s'affaiblissant de plus en plus, meurt dans le marasme le 23 juin 1853.

Autopsie. — Les poumons sont sains, pas de tubercules; les reins sont sains, un peu hypertrophiés, pas de pierres, ni de sables, ni de graviers.

La vessie est très hypertrophiée, les parois supérieure, postérieure et antérieure ont 1 centimètre et demi d'épaisseur; la muqueuse est ardoisée, mamelonnée, le tissu est blanc, comme squirreux, plus de traces de fibres musculaires, partant pas de contractions possibles pendant la vie. Le calcul, broyé en huit morceaux, occupe le bas-fond.

Le calcul est mural, noir, formé d'oxalate de chaux stratifiée, du poids de 21 grammes; la taille seule eût pu en débarrasser le malade.

11. Un deuxième *calcul vésical volumineux*, provenant d'un homme de cinquante-deux ans, entré à l'hôpital le 23 mai 1853.

A son entrée, cet homme est sondé, on trouve une pierre très considérable.

Strangurie, douleurs très vives, jet d'urine intermittent. Le soir frisson, douleur de la poitrine, pneumonie double; il meurt le 1^{er} juillet d'une néphrite suppurée.

Ce calcul pesait 125 grammes; il est d'oxalate de chaux. Le plus grand diamètre est de 0,07 1/2, le plus petit 0,05.

A l'*autopsie* on trouve le rein droit suppuré entièrement. Dilatation de l'uretère; le poumon montre des traces de pneumonie ancienne. La vessie est très peu hypertrophiée dans sa tunique musculaire. La taille bilatérale fut pratiquée et la prostate ne fut dilacérée que dans son lobe gauche et dans peu d'étendue.

Ce calcul n'est remarquable que par sa grosseur, sa forme qui est celle d'un pain de savon et par les douleurs vives qui n'ont apparu que deux ans avant la mort.

12. M. Vautier montre le *fémur d'une jeune fille amputée de la cuisse pour une tumeur blanche* et morte le huitième jour d'infection purulente. A l'autopsie on ne trouva pas d'abcès métastatiques. Le périoste épaissi est décollé dans toute son étendue, l'os est recouvert de taches rougeâtres; le tissu médullaire est in-

jecté et parsemé de petits points grisâtres qui sont des abcès; la tête du fémur est saine; c'est un exemple d'ostéite et d'ostéomyélite aiguës.

13. M. *Géry* montre un exemple d'hémorrhagie de la protubérance et du cervelet trouvé chez un homme tombé dans la rue et sur lequel on n'a pas de renseignements.

M. *Depaul* rappelle à cette occasion que, dans un cas semblable, il avait remarqué que le malade avait marché à reculons avant de tomber.

14. M. *Goupil* présente un kyste ovarien trouvé chez une femme morte de pneumonie et non réglée depuis trois ans. Le kyste à face interne tomenteuse, du volume d'un petit œuf, contenait du sang.

15. Les organes génitaux d'une femme de vingt et un ans, dont les règles étaient régulières mais douloureuses. Cette femme, à l'hôpital de la Charité, fut prise de douleurs vives dans le côté gauche de l'abdomen avec frisson violent et tension du ventre et mourut. La cavité péritonéale contenait un peu de sérosité et le péritoine était recouvert de pseudo-membranes, l'intestin sain, l'utérus adhérent à ses annexes. L'ovaire droit sain sauf quelques petits kystes. L'ovaire gauche volumineux offrait une masse brunâtre sanguinolente recouverte de lambeaux déchirés. Cet accident a dû être le point de départ de la péritonite qui s'est développée sept jours avant les règles.

16. M. *Bidard* montre une pièce de hernie inguinale étranglée, sur laquelle il donne les détails suivants :

La malade, âgée de quarante-quatre ans, ayant eu cinq enfants, entre à l'hôpital Saint-Louis, le 4 juillet 1853.

Elle porte depuis huit ans une hernie inguinale gauche, qui est survenue à la suite de son troisième accouchement et n'a jamais été maintenue par un bandage. Le 4 juillet, sans cause appréciable, sa hernie devient tout à coup irréductible et très douloureuse; une demi-heure après il survient des vomissements. Le taxis est alors pratiqué pendant dix minutes sans succès. Elle entre dans la soirée à l'hôpital. On constate dans l'aîne gauche une tumeur très douloureuse, très dure, inégale, du volume d'un œuf de poule, située à près de 4 centimètres en dehors de l'épine du pubis, à 3 centimètres de l'épine iliaque antéro-supérieure et à 2 centimètres au-dessus du ligament de Fallope, et dirigée

dans le sens du canal inguinal. La peau qui la recouvre est parfaitement saine. Ventre tendu, météorisé, douloureux, nausées continuelles, vomissements bilieux fréquents, sans odeur stercorale, constipation, pouls fréquent et dépressible.

L'opération est pratiquée vingt-quatre heures après le début des accidents. Après avoir incisé la peau et le tissu cellulaire sous-cutané on arrive sur l'aponévrose du grand oblique, qui est soulevée par la tumeur. Elle est également incisée, et l'on trouve la hernie enveloppée dans son sac, très dure, sans la moindre fluctuation et très sonore à la percussion. On ne peut réduire l'intestin. Le sac est ouvert, il ne contient pas de liquide; immédiatement l'intestin s'affaisse, sans faire irruption à l'extérieur, et il peut dès lors être réduit sans débridement. Il est à remarquer que l'anse intestinale est très rouge vers sa partie inférieure et de coloration normale vers le collet du sac. Pendant deux jours l'état de la malade est satisfaisant; elle va trois fois à la selle sous l'influence de purgatifs. Le troisième jour après l'opération il survient une péritonite à laquelle elle succombe le 10 juillet.

A l'autopsie, épanchement séro-purulent dans tout le péritoine; une hernie libre dans l'abdomen, portant l'empreinte d'un étranglement, resserrement circulaire noirâtre et qui se laisse déchirer à une faible traction. Le bout supérieur est très distendu par des gaz, le bout inférieur est revenu sur lui-même. Le péritoine, qui forme le sac, présente en guise de collet une sorte de canal de plus d'un centimètre de longueur, permettant l'introduction du petit doigt, et dont la partie la plus extérieure est la plus étroite. Il n'y a pas d'épaississement au niveau de l'anneau inguinal interne, du côté de l'abdomen. L'intestin est sorti par cet anneau, s'est étalé dans le canal inguinal et aussi en dehors entre les deux muscles obliques, dans une étendue de 3 centimètres. L'anneau inguinal externe est à plus de 1 centimètre en dedans de l'extrémité de la cavité que remplissait la hernie, il est normal.

L'examen de l'intestin rétréci après la mort, son affaissement subit après l'ouverture du sac, prouvent qu'il y a un étranglement et que cet étranglement est dû à la distension du fond du sac qui a tirailé le collet, et l'a rétréci sous l'influence de la pression que lui faisait subir l'intestin rempli de gaz. C'est en rendant au collet sa position et son diamètre habituels que l'ouverture du

sac a permis la rentrée de l'anse herniée sans débridement.

M. *Broca*. Les détails dans lesquels vient d'entrer M. Bidard sont un type de description d'inflammation herniaire. La tumeur date de huit ans, elle n'était pas maintenue réduite par un bandage ; on sait que ces seuls signes ont suffi dans un cas, à M. Malgaigne, pour affirmer qu'il n'y avait pas d'étranglement. De plus, ici il n'y avait pas de collet, et les lésions de l'intestin sont le plus loin possible de l'anneau. On ouvre le sac et l'intestin se réduit. Je connais dix-sept observations de ce genre, dans lesquelles l'intestin rentre sans débridement, et je pense que c'est de cette façon que l'on réussit quelquefois dans la méthode qui consiste à ne pas ouvrir le sac ; on conçoit que plus on approche de l'intestin plus on a d'action sur lui pour le réduire ; enfin il y a des gaz dans les hernies enflammées.

M. *Bidard* fait remarquer que s'il en était ainsi, on ne comprendrait pas l'existence de la ligne circulaire dont était marqué l'intestin au niveau de l'anneau ; que de plus des fausses membranes existaient au niveau de l'anse intestinale étranglée ; il croit donc qu'il y a eu ici un étranglement consécutif au développement des gaz.

17. M. *Bucquoy* présente une tumeur qui était fixée sur la fesse au moyen d'un pédicule assez mince. C'est un *lipôme* dont le centre contient des concrétions calcaires.

M. *Foucher* rappelle qu'il a vu dans le service de M. Velpeau un lipôme très volumineux, fixé par un pédicule dans la région coccygienne et pouvant à l'occasion servir de siège au malade.

18. M. *Axenfeld* montre le *larynx* d'un individu qui était affecté d'*aphonie complète*.

On y voit un œdème considérable, des replis aux épiglottiques et sur la face supérieure de l'épiglotte un grand nombre de petites ouvertures qui semblent dues à la dilatation des follicules, et dont certaines sont ulcérées. Les cordes vocales sont recouvertes d'ulcérations. On trouve, en outre, en dehors appendue au cricoïde, une tumeur du volume d'un haricot, de consistance et de nature cartilagineuses ; de chaque côté de cette tumeur on en remarque deux autres plus petites.

19. M. *Géry* présente un *cancer de l'estomac*, trouvé chez un homme entré à l'hôpital il y a trois mois, avec une infiltration des extrémités inférieures, et un peu de liquide dans l'abdomen.

Le cœur, les reins n'offraient rien de particulier. L'urine était normale. Il n'y avait pas de vomissements, pas de tumeur épigastrique. Bientôt survint de l'amaigrissement, une diarrhée séreuse abondante, qui fit rapidement disparaître l'œdème.

On trouve sur l'estomac tous les caractères du cancer, l'ouverture du pylore permet encore le passage du petit doigt. La paroi gastrique est adhérente au foie, amincie en ce point sans perforation.

20. M. Broca présente, au nom de M. Bouteiller, une *production cornée* fort curieuse par son volume.

Cette pièce a été donnée à M. Bouteiller par M. le docteur Decoularé, du Neubourg (Eure), qui, ayant fait l'opération, a transmis les renseignements suivants :

Le siège de la matière cornée était le derrière de la tête ; elle émanait de la peau qu'elle tirait par son poids ; elle était mobile et sans adhérence avec le crâne. La femme qui la portait, âgée de soixante-treize ans, avait vu le mal commencer trente ans auparavant, sans cause connue.

Le chirurgien du Neubourg a pratiqué l'ablation au commencement de juillet 1853, au moyen de la ligature faite en une seule séance, à l'aide de trois fils, ce qui fit une triple ligature.

M. Bouteiller fait remarquer que cette corne décrit à peu de chose près une demi-circonférence, et que de plus elle a subi une torsion légère à la jonction des deux tiers inférieurs avec le tiers libre. Elle est aplatie et présente deux faces, l'une convexe, l'autre concave. A son extrémité existe une petite sphère de la grosseur d'une noisette. Les deux bords de ses faces vont en se rapprochant, de la base au sommet, et sans cette sphère l'extrémité serait une pointe.

A la base la largeur est de 5 centimètres, la circonférence de 11 centimètres ; à l'extrémité libre, les mêmes mesures donnent 1 centimètre $\frac{1}{2}$ et 5 cent. $\frac{1}{2}$. Il est facile, d'après ce qui précède, de comprendre que la section produite par l'opération représente une ellipse.

La longueur de la production cornée est de 18 centimètres, son poids de 67 grammes.

Elle paraît composée de filaments longitudinaux, allant de la base à la pointe ; il y a des sillons transversaux qui ont l'aspect d'un froncement.

Vers l'extrémité libre la substance est d'un blanc jaunâtre et paraît friable. Vers la base, au contraire, elle est bleuâtre, d'un aspect plus voisin de celui de la corne et semble contenir plus de liquide que dans les autres parties.

Il est utile d'ajouter que l'opérée a été promptement et complètement guérie.

OBSERVATION.

Fracture de la colonne vertébrale (septième vertèbre cervicale) avec déplacement des apophyses articulaires. — Mort le quatrième jour après l'accident. — Par M. Gaujot, interne à l'Hôtel-Dieu.

Marliac (Jean), terrassier, âgé de cinquante-deux ans, entré le 16 mai 1853, salle Sainte-Marthe, n° 65, Hôtel-Dieu (service de M. le professeur Roux), mort le 20 mai.

Cet homme, d'une constitution vigoureuse, tomba d'un échafaudage dans une cave, sur un tas de pierres (à peu près de la hauteur d'un premier étage). Il explique bien qu'il fut entraîné à la renverse, et que ce fut sur la partie postérieure et inférieure du cou qu'il tomba; qu'immédiatement il perdit connaissance, et que, lorsqu'il revint à lui, il lui fut impossible de remuer ni les bras ni les jambes.

Transporté à l'Hôtel-Dieu (16 mai) quelques heures après l'accident, cet homme se présenta à nous dans l'état suivant : Intelligence nette et saine, décubitus dorsal, immobilité complète de la portion inférieure du corps; les bras seulement exécutent quelques mouvements.

En examinant avec soin le malade, nous constatons les symptômes suivants, en commençant par les extrémités inférieures :

1° Paralyse *complète* du mouvement et du sentiment dans les membres inférieurs, sensation de chaleur aux pieds.

2° Paralyse des organes urinaires, laquelle se traduit par la rétention d'urine et par l'érection complète du pénis.

Le rectum est aussi paralysé. Il n'y a point eu d'évacuations depuis l'accident. Et il faut admettre aussi que le reste du tube digestif est soumis à des troubles de l'innervation, car les parois abdominales sont fortement distendues par des gaz accumulés dans l'intestin. Ce que nous venons de dire des parois abdominales prouve qu'elles ont perdu la faculté de se contracter. La peau est aussi insensible.

3° Il en est absolument de même des parois de la poitrine jusqu'au-dessous des clavicules. La cavité thoracique est élargie à sa base, mais elle n'exécute plus de mouvements ; ce que l'on peut bien constater par la vue et par la main appliquée sur les côtes. Du reste en examinant la manière dont respire le malade, on voit que la respiration se fait seulement à l'aide du diaphragme.

4° Paralyse incomplète dans les membres supérieurs. Le malade remue bien le bras, il fléchit bien l'avant-bras, mais il lui est impossible d'imprimer aucun mouvement au poignet et aux doigts. Quant à l'anesthésie, elle ne paraît exister d'une manière prononcée, qu'à partir du coude jusqu'aux doigts, où elle est complète. Cependant le malade se plaint beaucoup de fourmillements, de picotements dans les poignets et les mains.

Quant aux organes de la tête et du cou, ils n'ont subi aucune atteinte. La vue, l'ouïe, la voix, la parole ne sont point altérées. La déglutition n'est nullement gênée. On voit seulement, immédiatement au-dessus de l'apophyse épineuse de la septième vertèbre cervicale, la trace de la contusion produite pendant la chute, et l'on sent avec le doigt porté sur cet endroit, une dépression, un enfoncement plus prononcé qu'à l'état normal. La pression y détermine une vive douleur, mais ne produit pas la crépitation. Au reste, le malade ne ressent aucune douleur ni dans le ventre, ni dans la poitrine, ni dans les membres inférieurs ; mais il se plaint beaucoup de picotements dans les poignets et les mains.

Il n'éprouve pas le besoin d'uriner : lorsqu'on lui passe la sonde il ne sent pas ce qu'on lui fait. L'érection diminue un peu après l'évacuation de l'urine.

Enfin, nous devons noter qu'il n'y a pas d'altération dans les mouvements du cœur. Le pouls est lent, régulier, assez fort. La respiration n'est ni accélérée ni ralentie, mais elle est difficile, pénible, râleuse. (Saignée, etc., etc.)

Pendant les deux jours suivants (17 et 18 mai) le malade fut à peu près dans le même état.

Écoulement peu abondant de sang par l'urètre. L'érection diminue.

Le 19, au matin, le malade paraît plongé dans la somnolence, lorsqu'il est seul ; mais aussitôt qu'on lui parle, il répond nettement aux questions qui lui sont adressées.

Pendant la journée, l'oppression a fait des progrès très marqués.

On voit bien maintenant les muscles du cou se contracter fortement. Les inspirations sont courtes, les expirations beaucoup plus longues.

En outre, la voix commence à s'altérer. Elle est plus faible, et passe à la voix de fausset à la fin de chaque membre de phrase, ce qui tient probablement à ce que le malade ne peut plus faire des expirations assez soutenues pour articuler les sons, par suite de la manière imparfaite dont s'exécute la respiration.

Le faciès se grippe et jaunit.

Le ballonnement du ventre augmente beaucoup. Les parois abdominales sont fortement distendues. La base de la poitrine est très élargie.

L'incontinence des matières fécales est survenue sous l'influence d'un purgatif. Le malade n'en a pas conscience.

20 mai. — La gêne de la respiration est toujours croissante. Les lèvres sont un peu violacées. La figure s'altère, etc. Mort.

Il paraît que, cédant aux instances du malade, on le changea de position dans son lit, et que c'est alors qu'il jeta quelques cris et expira.

Autopsie. — Épanchement de sang assez considérable dans les muscles de la région postérieure du cou; on trouve une fracture horizontale du corps de la septième vertèbre cervicale, lequel a subi une sorte d'affaissement. Le fragment supérieur est un peu porté en avant, sans que le grand surtout ligamenteux antérieur soit rompu.

Pas de fracture des apophyses.

Mais par suite de la fracture du corps, l'arc postérieur de la vertèbre a subi un déplacement par lequel il se trouve porté en avant. Ainsi les apophyses articulaires inférieures de la septième vertèbre cervicale, au lieu d'être placées au-dessus et en arrière des apophyses articulaires supérieures de la première vertèbre dorsale, sont passées par-dessus et en avant.

En ouvrant le canal vertébral, on ne trouve pas d'épanchement de sang dans son intérieur, on voit que le ligament commun postérieur n'est pas rompu, et que les fragments de la fracture du corps ne font pas de saillie marquée.

Mais la moelle présente, à partir du niveau de la septième vertèbre cervicale, en remontant jusqu'à la quatrième, une altération très manifeste de toute l'épaisseur de sa substance. Elle est

ramollie, car dans cet endroit elle est d'un gris rougeâtre, pointillée de rouge; elle est diffuente, ne formant qu'une sorte de bouillie d'une couleur sale, et ces caractères se montrèrent encore bien plus tranchés après que la pièce eut macéré pendant quelques jours dans de l'eau acidulée. Nous ferons remarquer, en terminant, que ce ramollissement de la moelle a marché de bas en haut, à partir de la septième vertèbre cervicale, sans s'étendre au-dessous.

Réflexions. — Comme on le voit, l'exemple de fracture de la colonne vertébrale que nous venons de rapporter appartient à la variété la plus commune, par rapport à son siège, à son mécanisme et à sa marche. Par la netteté de ses symptômes et leur régularité, elle confirme tout ce qu'on enseigne sur ces fractures tant au point de vue pathologique que physiologique.

Nous nous contenterons d'attirer l'attention sur les points suivants :

1° Ligne de démarcation bien tranchée des parties frappées de paralysie du mouvement et du sentiment, pouvant faire reconnaître, pendant la vie, d'une manière rigoureuse, le siège de la lésion de la moelle. Ainsi, les parois de la poitrine et les muscles de l'avant-bras et de la main, étant paralysés, ceux du bras et de l'épaule ne l'étant pas, on pouvait par ce seul signe, prévoir que la fracture avait son siège juste au milieu du plexus brachial.

2° Difficulté de s'expliquer comment il se fait que la substance médullaire est envahie par un ramollissement inflammatoire si prompt, puisqu'il n'y avait point rupture du canal vertébral, ni compression de la moelle par des fragments ou du sang.

3° Quant au déplacement des apophyses articulaires, il semble pour ainsi dire indispensable dans le genre de fracture que nous avons sous les yeux; car il faut bien qu'elles suivent le fragment supérieur du corps, qui est porté en avant, sans quoi les pédicules se seraient rompus.

OBSERVATION.

Corps fibrineux, cylindriques, expulsés par l'urètre, chez un malade atteint d'hématurie. — Par M. Morétin.

Le nommé Cordier (Charles-Frédéric), âgé de quarante-sept ans, fripier, demeurant à Gacé (Orne), est entré dans le service de M. Civiale, à l'hôpital Necker, le 4 juin dernier.

Ce malade avait apporté avec lui un petit flacon rempli de fragments cylindriques, depuis quelques lignes jusqu'à 1 ponce de longueur qu'il avait rendus, disait-il, peu de jours avant de quitter son pays. Quelques uns de ces fragments étaient encore entiers, blanchâtres, d'autres avaient été écrasés et offraient un aspect fongoïde rougeâtre qui tout d'abord les avait fait prendre pour des fongosités. Leur expulsion s'était accompagnée d'hématurie. Examinés au microscope, ces corps n'offrirent rien autre chose que les éléments d'un caillot sanguin.

Pendant les premières semaines de son séjour à l'hôpital, le malade n'expulsa plus rien de semblable par l'urètre. Les urines étaient tantôt sanguinolentes, tantôt tout à fait claires. M. Civiale explora à plusieurs reprises le canal de l'uretère et la vessie. Il ne put rien découvrir dans cette partie de l'appareil urinaire pour rendre compte du phénomène morbide; seulement il remarqua un peu de faiblesse de la vessie, cet organe se contractant faiblement pour expulser le liquide qu'il contient, ou le laissant baver au sortir de la sonde.

Cependant, il y a quinze jours environ, le malade rendit encore un ou deux corps ronds et allongés, un peu plus gros qu'un tuyau de plume à écrire. Mais cette fois, leur expulsion ne s'accompagna d'aucun écoulement de sang. La même chose arriva lundi, 11 juillet. Trois ou quatre fragments blanchâtres, cylindriques, et comme moulés par leur passage dans un canal de même forme, sortirent par l'urètre après des efforts plus ou moins grands, mais sans hémorrhagie.

Le fait dont il s'agit n'est pas inconnu dans la science; mais sans être absolument rare, il n'en mérite pas moins de fixer l'attention des observateurs à cause des méprises auxquelles il a pu donner lieu dans quelques circonstances.

Je joins ici les renseignements fournis par l'interrogatoire du malade relativement à ses antécédents pathologiques, et au début de la maladie actuelle.

Il raconte que personne dans sa famille n'a eu la même maladie. Sa mère est morte d'un cancer au sein. Un de ses frères est mort phthisique. Quant à lui, il paraît bien constitué et offre les apparences d'un tempérament sanguin. Il a eu une pneumonie il y a treize ans. Il a été sujet aussi au rhumatisme articulaire aigu, dont il a éprouvé deux attaques. La première, en

1834, dura trois mois, parcourut toutes les articulations, et s'accompagna d'une vive oppression. La seconde, en 1840, fut moins forte, ne dura qu'un mois, et n'a plus reparu depuis.

Le malade a eu dans sa vie quatre blennorrhagies, qui toutes furent suivies d'épididymites. La première à l'âge de vingt-cinq ans, en 1831, dura trois ou quatre mois. L'une d'elles coïncida avec son premier accès de rhumatisme qui fit cesser tout écoulement. La dernière chaudepisse, en 1845. Jamais de chancres, ni aucun autre symptôme syphilitique.

En 1836, le malade fut affecté d'un hydrocèle double, dont il vint se faire opérer par M. Roux, à l'Hôtel-Dieu, en 1839.

Depuis très longtemps le malade est sujet aux hémorroïdes. Elles ont toujours bien coulé périodiquement jusqu'au premier accès de la maladie actuelle, époque où elles se sont momentanément supprimées.

Le malade a reçu de nombreuses contusions, à diverses époques, sur différentes parties du corps, entre autres un coup de pied de cheval à l'hypogastre, à l'âge de huit ans. En 1845, il fut frappé avec une force très violente par un moulinet de voiture dans la région rénale; il en fut incommodé pendant quelques jours, mais il se rétablit bientôt.

La nutrition ne semble pas avoir bien souffert; cependant, au dire du malade, il aurait beaucoup maigri depuis un an.

C'est à la fin d'avril 1852 qu'il fait remonter les premiers symptômes de la maladie qu'il présente aujourd'hui. Étant en voyage à pied, il fut pris subitement d'une violente douleur en bas de la région rénale du côté droit, à peu près au niveau de l'épine iliaque postérieure et supérieure, s'irradiant jusqu'à l'anneau inguinal du même côté, en suivant la direction de l'uretère. Obligé de s'arrêter par la violence même de la douleur, celle-ci disparut au bout d'un quart d'heure environ, et il put regagner seul son domicile.

Il ne prit pas garde alors s'il urinait du sang. Mais au dire de sa femme il aurait rendu à cette époque des urines sanguinolentes. Pendant tout l'été il conserva de la faiblesse et de l'anorexie.

Les hémorroïdes furent supprimées pendant deux mois au moment de ce premier accès.

Un second accès, également accompagné de la suppression des

hémorrhoides, se déclara au mois d'août de la même année. Mais il fut beaucoup plus long. Le malade garda le lit quinze jours pendant lesquels il pissa du sang à diverses reprises. Les douleurs allèrent en augmentant, et il y eut une suppression d'urine presque complète à la fin de cette quinzaine. Au bout de vingt-quatre heures de cette rétention le malade éprouva la sensation de quelque chose qui lui tombait des reins dans la vessie. La douleur rénale diminua aussitôt après, mais il ne put pas uriner. Le lendemain, à force d'efforts il rendit par l'urètre un fragment cylindrique de la longueur de plus de 1 décimètre, terminé à l'une de ses extrémités par un appendice filiforme. Immédiatement après cette expulsion il s'écoula un flot de sang noir que le malade évalue à un 1/2 litre. Depuis ce temps il n'a pas cessé d'uriner du sang. Tous les vingt-cinq jours environ, cette hématurie était accompagnée de la sortie de corps cylindriques analogues à celui dont nous venons de parler, plus ou moins longs, quelques uns pleins, et d'autres canaliculés dans toute leur étendue. Dans la dernière semaine de mai de cette année, il y eut trois expulsions de cette nature.

Assez souvent les urines présentaient leur aspect normal, et devenaient subitement sanguinolentes. Depuis qu'il est à l'hôpital, le malade urine moins de sang; il n'en a même uriné d'une manière appréciable que les premiers jours de son entrée. Il n'a expulsé de fragments cylindriques que deux fois depuis qu'il est ici. Ces derniers fragments sont tous pleins, sans canal intérieur, et leur expulsion n'a été accompagnée d'aucun écoulement de sang. Il y eut moins d'efforts pour les rendre, les douleurs de reins furent moins vives; mais en revanche, il souffrit davantage à l'hypogastre.

Chaque attaque de ce genre est précédée de vingt-quatre heures par de la fatigue, de la faiblesse, des frissons, de l'agacement nerveux, etc.

La douleur en bas de la région rénale du côté droit n'a jamais changé de place; elle est à peu près constante, et s'exaspère considérablement au moment des accès.

Cette région, explorée avec soin, ne fait rien découvrir d'anormal; il n'y a aucune douleur à la pression. Il en est de même de la palpation à travers les parois de l'abdomen. Le malade n'a jamais habité les pays chauds.

P. S. Le malade sort de l'hôpital le 27 juillet. Avant sa sortie une dernière exploration de la vessie est pratiquée par M. Civiale. Ce chirurgien fait remarquer à ce propos qu'il a vu assez souvent des hématuries être causées par le seul fait de la distension de la vessie par suite de paresse de cet organe. On pourrait concevoir dans ce cas que les corps fibrineux, cylindriques, rendus par le malade se fussent moulés dans le canal de l'urètre. Bien que cette explication ne lui paraisse pas applicable au cas actuel, M. Civiale engage le malade à se sonder souvent pour prévenir la distension de la vessie qui chez lui se contracte très faiblement. Quoi qu'il en soit, le diagnostic reste encore très obscur pour M. Civiale; l'histoire de ce malade lui paraît très vague et peut donner lieu à de nombreuses suppositions.

OBSERVATION.

Rétrécissement organique de l'œsophage. — Par M. E. Géry,
interne des hôpitaux.

Au n° 5 de la salle Saint-Ferdinand est couché le nommé Guigny (Pierre-Auguste), soixante-quatre ans, maçon, rue Mauconseil, 33, né à Fontenay (Seine), marié, entré le 22 mars 1853.

Nous n'avons que très peu d'antécédents à noter chez cet homme; il ne se rappelle pas à quelle affection ont succombé ses parents; mais il n'a jamais vu ni entendu dire qu'ils vomissaient comme lui. Il affirme n'avoir jamais été malade gravement; il n'a eu que quelques légères indispositions qui se sont rapidement dissipées.

Il y a trois ou quatre mois qu'il commença à s'apercevoir de la maladie qui l'amène aujourd'hui dans nos salles. Il s'est d'abord aperçu d'une certaine difficulté dans la déglutition; il avait un peu de peine à avaler parfois et quand les morceaux étaient un peu gros il ressentait de légers picotements quand ils étaient passés; il n'y fit pas attention d'abord et prit seulement le parti de manger des bouchées plus petites; au bout d'un mois il eut quelques vomissements; ces vomissements survenaient presque aussitôt après l'ingestion des aliments, qui étaient rendus tels qu'ils avaient été avalés. Les vomissements survenaient presque toujours quand il était pressé et qu'il mangeait rapidement; en

même temps il avait des picotements dans l'estomac, plus grands qu'auparavant, nous dit-il; enfin bientôt il en arriva à ne plus pouvoir manger d'aliments un peu solides sans les rendre presque aussitôt; il avait des douleurs, supportables du reste, à la région épigastrique, et, à part un peu d'amaigrissement et de diminution des forces, le reste de l'économie ne se ressentait pas des vomissements; l'état général du malade était bon et il travailla jusqu'au jour où il se rendit au Bureau central pour aller à l'hôpital. On le dirigea sur l'hôpital de la Charité où il fut admis le 22 mars.

Le 23 nous constatons l'état suivant :

Homme de haute taille, de forte corpulence; système osseux bien développé; système musculaire bien développé, quoiqu'un peu mou; muqueuses assez bien colorées.

La teinte du visage est un peu jaunâtre de même que celle du reste du corps; cette teinte est surtout visible en le comparant à la teinte brunâtre des mains, des avant-bras, du devant de la poitrine, parties que le malade expose toujours au grand air.

Les membres sont un peu grêles par rapport au corps et le malade nous dit que c'est depuis deux mois qu'il a maigri, qu'auparavant ses bras et ses cuisses étaient gros en proportion.

Il se plaint de vomir tout ce qu'il ingère et n'accuse rien autre chose du reste; en effet l'examen du malade ne montre rien d'anormal du côté des poumons ni du cœur; le foie est dans ses limites normales et n'est pas douloureux.

L'exploration de la région épigastrique n'est pas douloureuse; on peut déprimer fortement la paroi abdominale sans faire souffrir le malade; on ne trouve aucune trace de tumeur.

L'appétit est conservé, la soif est ordinaire.

Voici comment s'exécute la déglutition :

Si le malade avale des solides il les mâche beaucoup et avale par petits fragments, mais malgré cela le bol alimentaire est-il descendu à une certaine profondeur, qu'il est aussitôt vomi; le vomissement a lieu sans efforts, sans être accompagné de sang et l'aliment est rendu tel qu'il avait été ingéré. Si ce sont des liquides, le malade en boit une petite quantité à la fois et elle passe après un temps d'arrêt dont il a conscience; s'il en avale une trop grande quantité à la fois ou s'il le fait trop vite, le vomissement a lieu aussitôt.

Nous avons souvent examiné des matières vomies : ces matières n'étaient jamais accompagnées de sang ou de liquide particulier ; elles n'étaient composées absolument que des aliments ou des liquides ingérés ; quelquefois il y avait des glaires et des crachats dans le vase ; ces liquides venaient toujours après le vomissement des matières déglutées.

Les symptômes que présentait ce malade firent nécessairement diagnostiquer un obstacle siégeant tout près du cardia, soit que son siège fixe fût au cardia lui-même soit qu'il fût à la partie la plus inférieure de l'œsophage. L'état général du malade fit penser en outre que le rétrécissement était de nature cancéreuse.

M. Cruveilhier mit le malade à la diète d'aliments solides et prescrivit un régime lacté.

Pendant le séjour du malade à l'hôpital les vomissements ont presque toujours continué ; le sentiment de la faim étant conservé, ce malheureux demandait toujours à manger ; on lui donnait un peu d'aliments et les vomissements reprenaient ; quand il voulait bien se contenter de la diète lactée les vomissements s'arrêtaient ou étaient bien moins fréquents et bien diminués.

Jusqu'à la mort du malade nous n'avons noté que les circonstances suivantes :

Un amaigrissement de plus en plus prononcé, mais qui cependant n'a jamais été considérable.

L'augmentation de la teinte jaunâtre de la peau ; une constipation habituelle qui nécessita très souvent l'emploi de lavements purgatifs.

Le malade se levait, allait et venait toute la journée, quand il fut pris le 3 ou 4 juillet d'une douleur assez vive au côté droit ; en même temps il eut de la fièvre, de la céphalalgie, la respiration un peu gênée. L'auscultation et la percussion montrèrent qu'on avait affaire à un épanchement occupant toute la partie latérale droite de la poitrine ; on appliqua des sangsues, des ventouses scarifiées, un large vésicatoire ; mais le malade succomba en pleine connaissance le 8 juillet dans l'après-midi.

Autopsie faite le 10 par un temps chaud, trente-six heures après la mort ; cadavre bien conservé ; pas de putréfaction commençante ; ouverture du thorax. Épanchement très abondant de couleur citrine, dans la cavité droite de la plèvre ; fausses mêm-

branes bien organisées, en petite quantité, tendues d'une des deux parois de la plèvre à l'autre.

Le poumon droit présente à son bord postérieur des traces de pneumonie hypogastrique ; son tissu est facilement déchiré par le doigt, et laisse échapper à la coupe un liquide gris-noirâtre, un peu sanieux. C'est surtout le lobe inférieur qui est le siège de la pneumonie.

Rien de notable dans le poumon et dans la cavité pleurale gauche.

Le cœur est de médiocre volume, rien de particulier à ses orifices et ouvertures.

C'est l'œsophage qui est le siège de la lésion. Voici ce que nous observons : à l'extérieur et avant que le canal ait été incisé suivant sa longueur, on voit au renflement une tumeur occupant la partie inférieure de l'œsophage à 4 centimètres du cardia. Cette tumeur est proéminente à l'extérieur sans pourtant comprimer aucun des organes qui l'avoisinent ; elle est assez dure sous le doigt ; son bord inférieur forme une sorte de bourrelet auquel fait suite immédiatement la partie saine de l'œsophage ; son bord supérieur fait moins de saillie et commence moins brusquement. Rien à noter comme changement de couleur et à l'extérieur.

Le calibre de l'œsophage au niveau du rétrécissement est de 1 centimètre à peu près.

Incisée suivant sa longueur, on voit que la tumeur est formée par une masse d'un aspect blanchâtre, caséiforme, se laissant écraser sous le doigt, et donnant à la pression un liquide blanchâtre ayant l'aspect du suc cancéreux. A l'œil nu on reconnaît que le rétrécissement est de nature cancéreuse. Notre collègue et ami, M. Leudet, qui a examiné une parcelle de la tumeur au microscope, a constaté qu'elle avait tous les caractères du tissu cancéreux.

Le tissu cellulaire sous-muqueux paraît avoir été le siège primitif de la lésion.

Les ganglions avoisinants sont eux-mêmes dégénérés et ont le même aspect que le tissu de la partie altérée de l'œsophage.

Au niveau de la lésion les fibres musculaires sont très visibles ; elles sont hypertrophiées.

Au-dessus du rétrécissement les fibres musculaires sont hy-

pertrophées manifestement; au-dessous rien de notable sous ce rapport.

Il n'y a pas de dilatation de l'œsophage, pas de poche, pas de cul-de-sac au-dessus de la tumeur. Nous ne notons pas le moindre rétrécissement au-dessous.

L'estomac et les intestins ont leur aspect et leur volume normal; nous ne constatons rien d'anormal dans la cavité abdominale.

C'est donc à un rétrécissement de l'œsophage que nous avons eu affaire. Les symptômes éprouvés pendant la vie ne pouvaient faire errer longtemps le diagnostic que l'autopsie est venue confirmer.

Ici comme presque toujours, le rétrécissement siégeait à une des extrémités de l'œsophage, tout près du cardia, mais en laissant cependant une partie tout à fait saine entre la partie malade et l'estomac.

Une chose qui nous a frappé dans l'examen de la pièce que nous avons présentée, c'est l'absence de dilatation ou de renflement de l'œsophage au-dessus de la partie rétrécie. On sait en effet combien il est commun de rencontrer cette dilatation qui est pour ainsi dire normale au-dessus de l'état anormal. Il est probable que chez l'homme qui fait le sujet de cette observation les choses se sont passées ainsi : dès le début de l'affection à peine l'aliment arrivait-il au-dessus de l'obstacle qu'il était presque aussitôt rendu et sans doute en totalité, à la suite d'un spasme de l'œsophage ; il n'en restait donc aucune partie pour forcer le passage et dilater en même temps les parois œsophagiennes sus-jacentes.

M. Broca remarque que la partie rétrécie est entourée de masses arrondies semblables à des ganglions et se demande si le mal n'a pas débuté ici par les ganglions, comme on le pensait autrefois avec quelque raison. Cette opinion lui paraît d'autant plus probable ici que la muqueuse et les tissus sous-jacents sont sains et que l'altération n'occupe que la surface du conduit.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

XXVIII^e ANNÉE.

Bulletin N^o 8. — Août 1853.

révisé

PAR M. FOUCHER, SECRÉTAIRE.

SOMMAIRE.

Extrait des procès-verbaux des séances de la Société.

1. Tubercules du testicule, de la prostate et des vésicules séminales. —
2. Hypertrophie du sein. — 3. Kyste de l'ovaire. — 4. Arthrite para-
lente du coude. — 5. Adhérences multiples des parois de la veine porte
entre elles. — 6. Bride épiploïque. — 7. Tubercule du duodénum. —
8. Atrophie des nerfs optiques. — 9. Cœur adhérent au péricarde. —
10. Hypertrophie de la vésicule biliaire. — 11. Tumeur du gros orteil.
— 12. Tubercule de la moelle épinière. — 13. Cataracte pierreuse. —
14. Anse intestinale enlevée dans une hernie. — 15. Tumeur de la joue
et du pharynx. — 16. Tumeur du lobule de l'oreille. — 17. Oblitération
de l'artère hypogastrique par des caillots. — 18. Cancer du pylore, du
foie et de l'épiploon. — 19. Hypertrophie du cœur avec rétrécissement de
l'orifice auriculo-ventriculaire gauche. — 20. Ostéite et carie des vertèbres.
— 21. Triple invagination descendante de l'intestin grêle.
- Observations.* — 1. Rapport de M. Bucquoy sur un cas de cancer de l'ovaire
et d'un kyste pileux de l'ovaire. — 2. Ruptures multiples du foie,
par M. Desnos. — 3. Rapport sur cette observation, par M. Grau.
— 4. Luxation complète de l'humérus, par M. Bidard.
-

PRÉSIDENCE DE M. CROUVILLIER.

1. M. Louis Blin montre à la Société des pièces relatives à
des tubercules des testicules, de la prostate, des canaux défé-
rents, des vésicules séminales, et donne les détails suivants :

Le nommé Esslinger, âgé de quarante et un ans, est entré le
2 juillet 1853, salle Saint-Lazare, 42, à l'Hôtel-Dieu. Ce malade,

né de parents bien constitués, dit avoir des frères et des sœurs qui tous jouissent d'une excellente santé. Il n'a jamais eu d'engorgements ganglionnaires dans son enfance.

En 1837, il eut une fluxion de poitrine.

En 1841, il fut affecté d'un chancre sur le fourreau de la verge, du volume d'une pièce de 10 sous, induré; il n'eut pas de bubon inflammatoire, mais il eut un engorgement ganglionnaire multiple dans les deux aines; l'alopecie, les plaques muqueuses à l'anus, etc., survinrent quelque temps après. Le malade entra dans le service de M. Ricord, où il ne resta que quelques jours; depuis il n'a été repris d'aucun accident de syphilis constitutionnelle, bien qu'il affirme n'avoir jamais fait aucun traitement.

En décembre 1851, le malade entra à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Louis, pour une pleurésie à gauche; il sortit au bout de quelques mois mal guéri, mais néanmoins il put reprendre son travail; depuis cette époque il a toujours continué à tousser.

En 1852, vers le milieu de l'année, il s'est aperçu d'un gonflement du testicule droit, qui s'accompagna de douleur; six mois plus tard, vers le mois de janvier 1853, le testicule gauche s'est pris à son tour. Vers la même époque, c'est-à-dire vers le mois de janvier, le malade commença à uriner avec difficulté. Les érections devinrent de moins en moins fréquentes et ont fini par disparaître complètement.

Depuis plusieurs mois, le malade renfermé à la Conciergerie, y a contracté une entérite qui l'a épuisé et réduit au dernier degré du marasme.

État actuel. — Le malade présente une maigreur excessive de tout le corps; le membre supérieur gauche est notablement moins volumineux que le droit, et depuis deux ans il est devenu de plus en plus faible; ce qui fait penser à une atrophie musculaire partielle. Le pouls est petit et accéléré. La voix n'est pas altérée; la respiration est suspirieuse, quelquefois entrecoupée; elle se fait surtout par le soulèvement des dernières côtes. En appliquant l'oreille sur le thorax, on reconnaît l'existence de râles sous-crépitants dans une grande étendue des deux poumons.

La langue est sèche; la soif vive; la déglutition très difficile; l'appétit est presque nul; la diarrhée persiste.

Les deux testicules présentent un gonflement considérable ; à droite, il existe un épanchement dans la tunique vaginale. En explorant ces deux glandes, on reconnaît qu'elles sont développées très régulièrement, qu'elles n'offrent pas de bosselures, et qu'elles présentent à leur surface quelques rugosités, ce qui est signalé comme un caractère des testicules vénériens ; elles offrent à peu près le volume d'un gros œuf de poule. Le canal déférent droit est un peu volumineux et bosselé.

Le malade se plaignant de difficulté à uriner, on pratique le toucher rectal et le cathétérisme. Le toucher indique un développement de la prostate qui fait saillie dans l'ampoule rectale ; le cathétérisme montre qu'il n'existe pas d'obstacle dans toute l'étendue de l'urètre, et la sonde arrive facilement dans la vessie.

Le malade a succombé le 17 juillet dans le dernier degré de consommation.

Autopsie. — Les deux poumons sont farcis de tubercules miliaires crus ou ramollis ; il existe à gauche et au sommet deux ou trois petites cavernes. La plèvre gauche contient environ un litre de pus ; elle est tapissée de fausses membranes épaisses. Rien de remarquable dans le cœur, dans le foie, dans la rate, dans les reins, dans les intestins.

Les organes génitaux ont surtout attiré notre attention.

Les testicules, du volume d'un œuf, ne présentent rien de remarquable extérieurement, à part quelques petits mamelons peu saillants qu'on trouve sur la tunique albuginée. A la coupe on trouve du côté droit une masse tuberculeuse non ramollie, qui a remplacé presque entièrement la substance glandulaire. Malgré sa teinte jaunâtre, cette masse pourrait être prise pour du tissu fibro-plastique ; elle a été examinée au microscope par M. Gosselin, qui n'y a trouvé aucun élément fibro-plastique, et a au contraire découvert l'élément tuberculeux. D'ailleurs, l'incertitude ne pourrait exister, même à simple vue, pour l'épididyme ; en effet, dans cet organe, le tubercule est arrivé à la période de ramollissement et se présente sous forme d'une matière jaune grumeleuse. Le canal déférent du même côté présente dans sa longueur deux ou trois bosselures qui, à l'incision, sont trouvées formées par de la matière tuberculeuse ; il cesse d'être tuberculeux à 1 décimètre au-dessus du testicule ; du côté gauche, la lésion est moins avancée, le tubercule est infiltré au milieu de la

matière glandulaire ; il forme dans l'épididyme une masse compacte jaune, qui n'est pas encore arrivée au ramollissement. Il se propage dans une petite étendue du canal déférent, au-dessus de l'épididyme.

Après avoir fait la coupe des pubis et enlevé tous les organes contenus dans le petit bassin, nous avons incisé l'urètre en arrière dans toute son étendue jusqu'à la vessie. La prostate, du volume d'un œuf, est convertie en une masse tuberculeuse, et il ne reste presque plus de traces de la substance glandulaire. Les glandes de Méry ne sont nullement altérées et conservent leur volume normal.

Les vésicules séminales sont tuberculeuses ; celle du côté droit, double du volume normal à peu près, est entièrement envahie par le tubercule, ainsi qu'une certaine étendue du canal déférent correspondant ; celle du côté gauche est atrophiée, mais présente néanmoins, ainsi que le canal déférent du même côté, de petits noyaux tuberculeux.

La muqueuse de l'urètre et celle de la vessie ne présentent aucune altération.

M. Moynier présente deux pièces.

2. Une *tumeur du sein*, enlevée par M. Velpeau, chez une femme âgée de quarante-huit ans. Cette femme jouissait d'une bonne santé habituelle, n'avait pas eu de maladies antérieures, eut un enfant il y a vingt-six ans et une fausse couche il y a dix ans.

Ses mamelles ont été toujours volumineuses. Il y a dix-huit ans une tumeur se développa en bas et en dedans de la mamelle gauche, cette tumeur était mobile et de la grosseur d'un œuf de poule. Elle augmentait insensiblement de volume.

Il y a six mois une violence extérieure détermina un développement rapide, et la tumeur, quoique toujours indolente, et ne se faisant sentir que par une grande pesanteur et une tension plus grande à l'époque des règles, acquit rapidement le volume que voici :

	mèt.
Circonférence	0,57
Diamètre vertical	0,20
— transversal	0,20
Demi-circonférence allant de l'aisselle au sternum passant par le mamelon	0,84

La peau est lisse, tendue, non adhérente à la tumeur; la tumeur enlevée pèse 1,700 grammes.

Elle est constituée par une *hypertrophie de la glande mammaire*; on y trouve du tissu fibro-plastique et des culs-de-sac glandulaires avec l'épithélium nucléaire. L'examen microscopique en a été fait par MM. Follin et Rombeau.

3. Un *kyste de l'ovaire*, provenant d'une femme morte à la Charité à la suite de la ponction de ce kyste.

Cette femme était âgée de vingt-huit ans, très affaiblie par des chagrins et des maladies, réglée à dix-sept ans, mariée à vingt-quatre ans, n'a pas eu d'enfant, fit une maladie grave presque immédiatement après son mariage. Elle ressentait des douleurs vives dans le ventre, une sensation de brûlure dans le bassin, elle avait de la fièvre, une constipation habituelle, des pertes utérines abondantes et fréquentes qui la forçaient à garder le lit presque constamment. Ces accidents durèrent pendant deux ans.

Les médecins d'Orléans, qui la traitaient, avaient constaté au début une phlegmasie du péritoine, localisée dans le ligament large gauche, phlegmasie passée bientôt à l'état chronique. Ils la traitèrent par les antiphlogistiques locaux et généraux, plus tard par les fondants (l'iodure de plomb, etc.); les hémorrhagies utérines par les injections d'eau froide et le repos au lit.

L'abdomen commença à grossir il y a quatre ans; il nous est impossible d'apprendre par ses réponses de quel côté il se développa d'abord. Une ponction fut faite il y a trois ans, elle donna issue à sept à huit litres de liquide; le ventre recommença à grossir d'une manière continue. Le ventre présente un ovoïde régulier, donnant à la percussion une matité complète dans toute son étendue, excepté dans l'hypochondre gauche où paraissent être refoulés les intestins. Le flot de liquide est parfaitement perçu d'un côté du ventre à l'autre. Les parois du ventre sont lisses et tendues, et présentent quelques veines superficielles développées, mais elles ne sont pas infiltrées. Il n'y a pas d'œdème des membres inférieurs, les digestions sont laborieuses, la constipation opiniâtre, l'estomac est le siège d'une exhalation de gaz abondante et pénible.

La sécrétion urinaire est diminuée, la respiration est gênée, elle est impossible dans le décubitus dorsal. La malade est obligée de se tenir debout ou assise.

Le 13 juillet on pratique la ponction : sortie de 22 litres de liquide noirâtre.

Le 14, douleur dans le ventre, qui est ballonné, vomissements, pouls petit, fréquent, excrétion des urines impossible : frictions d'onguent napolitain, cataplasmes.

15, les accidents augmentent de gravité ; mort.

A l'autopsie on trouva une péritonite par épanchement, un kyste énorme de l'ovaire, dont la surface interne est tomenteuse et dont les parois contiennent dans leur épaisseur une quantité considérable de kystes de volume variable, depuis la grosseur d'une noisette à celle des deux poings. Ces kystes renferment du liquide de coloration et de densité diverses, tantôt séreux, tantôt visqueux, tantôt blancs et épais comme du mucus, tantôt roses ou rouges.

4. M. *Bauchet* montre les pièces trouvées à l'autopsie d'un individu amputé de la cuisse, qui a été présenté ici dans la dernière séance. Au troisième jour de l'opération une douleur s'était manifestée au coude, puis de la fluctuation, et le malade mourut huit jours après avec les symptômes de l'infection purulente. On trouve le coude plein de pus, les cartilages ont en grande partie disparu, la surface articulaire du cubitus, rugueuse, est recouverte de pseudo-membranes. Le périoste de la partie externe de l'humérus est décollé.

On trouve, en outre, des tubercules nombreux dans les poumons, dans les deux testicules, les vésicules séminales, les canaux déférents. Le moignon offre une extrémité de l'os dénudé et un bourgeon volumineux de tissu médullaire. Le fémur scié présente un tissu médullaire injecté par places et offrant à l'extrémité de l'os une teinte ecchymotique ; la graisse a presque disparu. L'artère fémorale contient un petit caillot, s'étendant jusqu'à la première collatérale. La veine fémorale est remplie de pus remontant jusqu'à la partie moyenne de la veine cave inférieure ; au-dessous est un caillot oblitérateur. La veine iliaque droite est oblitérée, pas de foyer purulent dans les organes.

M. *Bauchet* pense que l'arthrite du coude était récente et était survenue depuis l'opération.

M. *Depaul*. Je suis porté à penser, comme M. *Bauchet*, que la maladie du coude est récente, parce qu'il y a une forme de la fièvre puerpérale dans laquelle on observe quelque chose d'ana-

logue. On voit survenir des accidents généraux graves, avec une tension peu marquée du ventre, puis, au bout d'un jour ou deux, on aperçoit dans le voisinage d'une articulation une rougeur livide, sur laquelle la pression produit une douleur très vive, et la malade ne tarde pas à succomber. Dans ces cas, j'ai toujours trouvé une phlébite quelquefois très limitée, il est vrai, mais siégeant ordinairement dans les veines des organes génitaux, utérus, vagin, ovaire, etc. Je crois qu'on doit établir une relation entre la phlébite et les accidents inflammatoires éloignés. Je me rappelle entre autres une femme atteinte d'accidents de ce genre et chez laquelle le genou était plein de pus. Ces faits me portent à admettre qu'ici la maladie du *coude* est survenue depuis l'amputation et qu'elle se lie à la phlébite.

M. *Broca*. Plus que personne je crois à la phlébite comme point de départ de l'infection purulente, mais dans ce cas le coude est devenu douloureux le deuxième jour, et les accidents généraux n'ont apparu que le dixième jour. Or, il est impossible de rapporter l'arthrite à une phlébite qui n'existait pas encore. Je demanderai en outre si l'on a vu disparaître aussi complètement des cartilages articulaires en huit jours.

M. *Cruveilhier*. J'ai vu les cartilages détruits très rapidement par le pus, je ne suis donc pas étonné de cette rapidité; c'est ce qui m'a porté à dire que la présence du pus et les cartilages sont incompatibles.

M. *Broca*. Je ne partage pas l'opinion de M. Cruveilhier sur la dissolution des cartilages par le pus. On voit des cartilages rester dans le pus pendant des mois entiers, dans les cas de tumeurs blanches; je pense qu'ils s'absorbent par leur face profonde.

M. *Cruveilhier*. Le cartilage reste adhérent, la destruction de sa lame profonde devrait détruire ses adhérences.

M. *Leudet*. J'ai examiné le sang du malade de M. Bauché, il ne contenait pas de pus. Quelques unes des veines du rachis étaient pleines de pus.

5. M. *Leudet* montre, au nom de M. Verneuil, une *veine porte dont la disposition est fort curieuse*. Cette pièce a été trouvée à l'école pratique sur un sujet dont le membre inférieur droit était œdématisé sans ascite. La partie supérieure de la veine porte est libre et s'insuffle facilement; mais à partir du niveau des veines rénales jusqu'au foie, le calibre de la veine est frac-

tionné en deux parties longitudinales par des adhérences celluluses de la face interne de la paroi, de sorte qu'une moitié de la veine est oblitérée, l'autre restant libre. On ne trouve pas, du reste, d'injection des parois, pas de pus, de telle sorte qu'on est dans le doute pour savoir si ce sont les traces d'une inflammation ancienne.

M. *Leudet* rappelle qu'il a montré ici un assez grand nombre de maladies des veines de l'abdomen, mais qu'il n'a jamais vu une adhérence aussi étendue.

M. *Cruveilhier* rapporte avoir vu des adhérences complètes de la veine porte, mais jamais des adhérences partielles aussi nombreuses.

6. M. *Leudet* fait voir une *bride épiploïque*, de la longueur de 35 centimètres, réduite à un filament délié, mais pouvant se déplier en une sorte de membrane partant du bord du grand épiploon rétracté et se rendant au sommet de la vessie.

Cette bride existait chez un sujet tuberculeux n'offrant pas de péritonite chronique.

7. Enfin M. *Leudet* présente un exemple de *tumeur tuberculeuse développée dans le duodénum*. L'estomac, le pylore sont sains. Au-dessous de ce dernier on trouve une petite tumeur molle, du volume d'une amande, peu fluctuante, formée d'une matière jaunâtre, évidemment tuberculeuse, ainsi que l'a démontré l'examen au microscope. Cette tumeur ne siège pas dans un ganglion, car les fibres musculaires se trouvent au-dessous d'elles. En enlevant la matière jaune qu'elle contient, on laisse une poche non cloisonnée, sans arrière-cavité, n'ayant pas d'orifice apparent; au-dessous de la tumeur la muqueuse est hypertrophiée, les orifices des follicules sont béants; dans le reste de l'intestin on trouve des ulcérations, à bords décollés, recouvertes de matières tuberculeuses à leur surface. Le poumon contenait des cavernes.

M. *Leudet* pense que les faits de cette nature sont rares.

8. M. *Goupil* montre les *nerfs optiques* d'une femme de quarante-deux ans, complètement amaurotique depuis deux ans. Ces nerfs sont *atrophies*, ramollis et convertis en une matière jaunâtre, transparente, analogue à de la gelée de pomme; cette altération s'étend jusqu'aux corps genouillés.

9. Le cœur d'un homme mort de paralysie générale progres-

sive. Le *péricarde est adhérent au cœur* dans presque toute son étendue, et contient en arrière une plaque ossiforme de près de 6 centimètres, qui appuyait sur l'œsophage sain, mais peu dilatable à ce niveau, ce qui explique peut-être la dysphagie qu'offrit ce malade. Les parois du cœur sont épaissies, les valves saines; les bruits du cœur étaient normaux, mais un peu sourds.

M. *Leudet*. Nous voyons ici une hypertrophie du cœur sans lésion valvulaire, mais avec adhérence du péricarde, ce qui confirme l'opinion de Hope sur l'influence des adhérences péricardiques par la production des hypertrophies du cœur.

10. M. *Goupil* montre la *vésicule biliaire* d'une femme. Cette vésicule est épaissie, presque cartilagineuse et contenait un seul calcul; elle offrait des adhérences avec le côlon, ce qui eût pu faciliter l'expulsion du calcul. Ce calcul, gros comme une noisette, a l'aspect extérieur des calculs spontanément déposés et agglomérés.

11. M. *Rombeau* présente une petite tumeur enlevée par M. *Velpeau* sur le *gros orteil* d'une jeune fille âgée de dix-huit ans; cette tumeur s'était développée insensiblement à la suite d'une contusion du gros orteil. Elle est dure, cornée en avant; on trouve à sa surface du tissu fibro-plastique et du tissu osseux à l'intérieur.

12. Un *tubercule de la moelle épinière* trouvé chez un enfant de sept à huit ans, ayant présenté les symptômes du mal de Pott; les membres inférieurs étaient paralysés; l'action réflexe très prononcée. Le tubercule siégeait à un demi-centimètre de la terminaison de la moelle lombaire; le tissu des vertèbres était rouge, injecté, enflammé, sans trace de suppuration.

M. *Broca* fait remarquer que Pott ne s'est pas occupé dans son travail de l'affection que nous montre M. *Rombeau*; il parle des caries, nécroses, etc., qui peuvent amener la paraplégie.

M. *Rombeau* répond qu'il a seulement dit que le malade offrait certains des symptômes du mal de Pott.

13. M. *Duchaussoy* montre un *cristallin* enlevé chez une femme de quatre-vingt-deux ans par M. *Roux*. Cette femme tomba il y a près de trente-deux ans, et dans cette chute elle fut blessée à l'œil. Elle souffrit de nouveau dans cet œil il y a cinq mois et entra dans le service de M. *Roux*. On voyait dans la

chambre un corps blanc grisâtre, opaque, flottant dans la chambre postérieure et faisant bomber l'iris ; ses inégalités, sa couleur, firent diagnostiquer une cataracte pierreuse. L'œil était atrophié, les milieux restaient transparents. La malade a été opérée ; la cécité est absolue.

14. Une femme entre dans le service de M. Roux avec les symptômes de la *hernie étranglée* depuis cinq jours. On essaya le taxis et on crut la hernie réduite ; cependant les accidents continuèrent, et le surlendemain M. Roux pratiqua l'opération. On rencontra une bride qui divisait la tumeur en deux portions ; cette bride fut incisée, et le sac étant ouvert, il s'en échappa un liquide visqueux ayant une odeur gangréneuse. L'intestin était flasque et offrait une perforation circulaire au-dessous de l'étranglement. On débrida, et M. Roux fit l'incision d'une portion de l'intestin et fit la ligature de quelques artères mésentériques. La malade a rendu beaucoup de matières depuis et n'a pas éprouvé d'accidents.

15. M. Maurice présente une *tumeur* enlevée chez un garçon de quatorze ans et demi, entré à l'hôpital il y a six semaines dans l'état suivant : l'os malaire droit était soulevé et porté en dehors et en avant ; la joue, tuméfiée, offrait une tumeur dure, lobulée ; l'arcade dentaire était irrégulière ; la muqueuse appliquée sur les dents molaires et ulcérée ; les incisives étaient portées en arrière et la dernière molaire en avant ; le voile du palais abaissé par la tumeur, qui s'implantait profondément ; en arrière de lui, on trouvait une petite tumeur dure, arrondie, faisant saillie dans le pharynx. La paroi interne du maxillaire supérieur n'était pas déformée ; la fosse nasale restait libre ; on ne pouvait savoir si les deux tumeurs étaient indépendantes l'une de l'autre. M. Guersant fendit la joue au niveau de l'os malaire, fit une deuxième incision le long de l'aile du nez et enleva l'os malaire avec la gonge, coupa l'apophyse montante du maxillaire, qui fut détaché de celui du côté opposé ; ce qui permit d'enucléer la tumeur de la joue et d'atteindre celle du pharynx, qui fut enlevée après l'incision du voile du palais.

La tumeur paraît de nature fibreuse, l'examen microscopique n'a pas été fait.

16. M. Rimbéau présente une *petite tumeur du tubercle de*

l'oreille ; cette tumeur, dure, bosselée, fibreuse, existait chez une jeune fille qui en portait deux semblables, et qui en attribuait le développement à l'usage de boucles d'oreilles.

17. M. Leudet montre une *oblitération de l'artère hypogastrique de l'aorte par des caillots anciens*. Ces caillots offrent avec la paroi artérielle des adhérences plus fortes au niveau de la réunion des deux branches ; la membrane interne est à peu près saine, sans injection vasculaire, mais un peu épaissie. La pièce provient d'une femme de quarante-quatre ans, entrée à l'hôpital il y a deux mois et demi avec une affection du cœur datant de cinq mois ; on trouvait un bruit de souffle au premier temps, plus manifeste à la pointe et se prolongeant vers la base ; rien au deuxième temps ; on diagnostiqua un rétrécissement avec insuffisance de la valvule mitrale. Un jour, cette femme rendit quelques caillots sanguins par le vagin, et l'examen fit constater un cancer de l'utérus. Les deux membres inférieurs s'infiltrèrent, et la malade mourut.

A l'autopsie, on trouva le rétrécissement et l'insuffisance de la valvule mitrale, le cancer de l'utérus, et de plus les caillots de l'aorte ; les autres organes ne contenaient pas de cancer ; les veines étaient perméables. Je me demande quelle relation doit être établie entre la lésion de l'aorte et celle de l'utérus. J'ai trouvé dernièrement des caillots dans l'aorte d'une femme ayant aussi un cancer de l'utérus, et l'examen microscopique a montré du pus dans l'intérieur des caillots. Ces altérations tiennent-elles à l'affection du cœur, ou à la lésion de l'utérus ?

18. M. Géry présente une *pièce de cancer du pylore, du foie et de l'épiploon*, recueillie dans le service de M. Cruveilhier. Cette pièce provient d'un homme de soixante-deux à soixante-trois ans entré dans le service depuis un mois. Les renseignements ont appris que ce malade souffrait de l'estomac depuis trois ou quatre ans, que ses digestions étaient pénibles, et que depuis deux ans il était atteint de vomissements intermittents, plus fréquents depuis un an. La maigreur est extrême, l'affaissement progressif. Depuis son entrée à l'hôpital le malade a eu des vomissements de matières noirâtres, et se plaint de douleurs lancinantes à l'épigastre. En palpant cette région, on trouve une tumeur plus appréciable à mesure que l'on avance vers le

foie; on diagnostique un cancer du pylore avec adhérence au foie. Le malade tomba dans le marasme et mourut d'une pneumonie hypostatique.

A l'autopsie, poumon droit hépatisé au deuxième degré, le gauche est engoué, rien dans la plèvre. On voit que la tumeur sentie sur le vivant était formée par l'épiploon replié sur lui-même, d'une teinte blanchâtre et parsemé de masses cancéreuses. La grande courbure de l'estomac et le cardia sont sains. Près du pylore on trouve une tumeur dure, squirrheuse occupant l'épaisseur des parois sans ulcération. La face inférieure du diaphragme est parsemée de masses cancéreuses, ressemblant à celles de l'épiploon et recouvrant également le foie. Le mésentère offre le même aspect granulé. Deux petites tumeurs cancéreuses existent vers le bord tranchant du foie. La rate est un peu ramollic.

M. Leudet rappelle que l'année dernière il a montré à la Société un cancer de l'épiploon assez semblable à celui que présente M. Géry, mais aucun des organes enveloppés par le péritoine n'avait été atteint de cancer. Dans la pièce de M. Géry, le cancer est presque translucide et ressemble au tissu colloïde; on rencontre, en effet, des cas dans lesquels les diverses variétés de cancers apparaissent chez le même individu, et M. Barth nous a montré il y a deux ans un cancer encéphaloïde et des masses colloïdes chez le même individu.

19. M. Bucquoy montre à la Société un cœur atteint d'hypertrophie et de rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche, et donne les détails suivants :

G..., âgé de trente-trois ans, horloger, entra le 10 août 1853, à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Louis.

Cet homme, d'une bonne constitution, n'a jamais eu de rhumatisme et n'a présenté aucun signe de tuberculisation; toujours bien portant, ce n'est que depuis deux ans qu'il a vu sa santé s'altérer. Il commença alors à éprouver un malaise habituel, avec serrement à la région précordiale; il se fatiguait promptement, mais jamais il n'avait de battements de cœur. Ce symptôme se présenta pour la première fois il y a six mois, et en même temps le malade eut de l'œdème des membres inférieurs.

Il entre à l'Hôtel-Dieu, après avoir cessé de travailler depuis cinq semaines. Les extrémités sont cyanosées et froides. Le pouls à 102 est faible et presque imperceptible. La respiration est

calme, et l'intelligence bonne. Œdème considérable des membres inférieurs et des organes génitaux. Au niveau de la région précordiale matité étendue avec voussure. Les battements du cœur sont très énergiques et s'accompagnent d'un bruit de souffle au premier temps, qui, rude et très prolongé, couvre même le deuxième temps. Le maximum d'intensité est à la pointe où l'on sent du frémissement cataire. Le jour de l'entrée du malade, on constate qu'au sommet droit en arrière, la respiration est plus faible qu'à gauche dans le point correspondant; depuis quatre jours il avait craché un peu de sang.

Les jours suivants, ses hémoptysies se reproduisent, et l'on trouve sous la clavicule droite des râles muqueux assez abondants avec matité correspondante, le sommet droit présentant toujours une respiration vésiculaire et pure.

On ordonne chiendent édulcoré additionné de 2 grammes de nitrate de potasse; une pilule de poudre de digitale 0^{sr}.05. L'état du malade reste le même, et il meurt le 15 à neuf heures du soir.

A l'autopsie, on trouve les cavités splanchniques contenant une quantité médiocre de sérosité citrine.

Les poumons ne présentaient que quelques adhérences peu résistantes. Le gauche était sans altération; le droit, dans les 2/3 supérieurs de son lobe supérieur, était transformé en un tissu ferme de couleur sombre, qui offrait une ligne de démarcation tranchée avec le reste de la substance pulmonaire qui était parfaitement saine. Ce tissu induré surnageait dans l'eau, et était assez résistant pour ne se laisser déchirer que très difficilement; la pression en faisait écouler du sang non spumeux.

Le cœur, très volumineux, avait 16 centimètres de largeur à sa base sur 11 centimètres 1/2 de hauteur. Les parois des ventricules et la cloison interventriculaire avaient subi une hypertrophie proportionnelle.

Quelques plaques laiteuses à la face antérieure. Les cavités étaient remplies d'un sang noir à demi coagulé, sans couche fibrineuse. Après avoir ouvert la cavité du ventricule gauche, on voit que la valvule antérieure de l'orifice mitral est considérablement épaissie ainsi que la portion tendineuse des colonnes charnues correspondantes, et que le tout est transformé en tissu fibreux, résistant. En cherchant à pénétrer dans l'orifice mitral, on trouve qu'il est formé par le bord épaissi de la valvule, et qu'il

ne peut livrer passage à une plume d'oie. Il est dirigé directement en arrière et en bas, et ne permet au sang d'arriver dans la cavité ventriculaire qu'après avoir été tamisé à travers le faisceau de colonnes charnues et de tendons de la valvule postérieure.

Celle-ci présente une altération semblable à celle de l'antérieure, de sorte que toute la valvule forme un cône renversé et dur ouvert à son sommet; la circonférence de l'orifice est de 3 centimètres $1/2$. Il n'y a pas de rétrécissement à la base de la valvule mitrale (circonférence 9 centimètres), mais en plusieurs points quelques concrétions ostéo-calcaires. L'endocarde dans l'oreillette gauche est épaissi et présente plusieurs plaques lâches; hypertrophie des fibres sous-jacentes.

L'orifice aortique a ses dimensions normales, mais les valvules sigmoïdes offrent un épaississement analogue à celui de la valvule mitrale qui ne leur permet pas de s'affaïsser: il n'y a pas d'insuffisance.

Au-dessus de l'origine des artères coronaires commencement de dégénérescence athéromateuse, l'aorte dans le reste de son étendue est saine.

Le tissu du foie est granuleux et résistant; deuxième degré de la cirrhose.

L'organe a subi une notable diminution de volume.

Les autres organes n'ont présenté aucune altération.

20. M. Leudet montre un exemple de *carie* et d'*ostéite des vertèbres lombaires* avec production de pus ayant envahi le canal rachidien et produit une paraplégie par compression de la moelle, sans que celle-ci soit altérée. Ce fait vient à l'appui de cette opinion qui veut que la paraplégie dans le mal de Pott dépende de la compression de la moelle par les organes voisins, et non de l'altération du cordon nerveux lui-même.

21. M. Bucquoy présente une *triple invagination descendante de l'intestin grêle* à sa partie supérieure.

Un jeune homme de vingt et un ans, garçon de cuisine, entre le 22 avril 1853 à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Louis. Depuis trois ans qu'il est à Paris, il a l'habitude de faire de fréquents excès alcooliques, et il y a deux ans il a rendu plusieurs lombrics en allant à la selle.

Jusqu'au mois de juillet de l'année dernière, il a joui d'une bonne santé. Pris alors subitement de coliques violentes et de

vomissements répétés, il fit à l'hôpital Sainte-Marguerite un séjour de trois mois, et il n'en sortit qu'incomplètement guéri. A la fin du mois de mars, les mêmes accidents se reproduisent, de plus apparaît entre la fosse iliaque et l'hypochondre gauche, une tumeur assez volumineuse faisant saillie au-dessus du niveau de la paroi abdominale. Le malade entre à l'hôpital Necker, d'où il sort soulagé au bout de onze jours.

Le 22 avril il entre à l'Hôtel-Dieu dans l'état suivant : Nous le trouvons se roulant dans son lit en proie à des coliques très violentes, son habitude extérieure exprime la souffrance : le corps est amaigri, la peau d'une teinte terreuse, la face légèrement colorée ; le pouls est à 64 ; il n'y a pas de chaleur à la peau.

Nausées continues, hoquet par intervalles ; vomissements répétés et abondants de matières verdâtres.

Le ventre est rétracté, avec tension des muscles abdominaux. La palpation, qui est très douloureuse, fait reconnaître entre l'hypochondre et la fosse iliaque gauche, sur le trajet du côlon descendant, une tumeur ovoïde plus large dans son diamètre transversal qui est de 8 centimètres, que dans le vertical qui est de 5 centimètres.

Cette tumeur est résistante et donne de la matité à la percussion.

La fosse iliaque droite n'est pas plus dépressible qu'elle ne l'est ordinairement.

Constipation opiniâtre habituelle ; pas d'appétit, bouche amère, soif vive, langue nette et humide.

Les jours suivants, l'état du malade ne subit pas de modification bien notable. La constipation fut vaincue par des purgatifs répétés, donnés tant en lavements que par la bouche. Jamais il ne rendit de mucosités sanguinolentes dans les garderobes. Le ventre restait rétracté, et la tumeur demeurait saillante. Le malade n'avait pas de sommeil.

Dans les premiers jours de mai il y eut de l'amélioration, les vomissements cessèrent ainsi que les nausées, les coliques ne reparurent plus qu'à de rares intervalles ; la tumeur elle-même cessa d'être saillante, mais dans le point correspondant on reconnut toujours de la résistance, et la percussion donna toujours de la matité. Le malade put cependant se lever pendant plusieurs jours et manger une portion d'aliments solides.

Dans la nuit du 13 au 14 mai, tous les accidents décrits précédemment reparurent brusquement et persistèrent jusqu'au jour de la mort, qui arriva le 3 juin. La tumeur était redevenue saillante comme par le passé. L'amaigrissement ne cessa de faire des progrès, de sorte qu'il mourut dans le dernier degré du marasme.

Jusqu'à la fin il fut sans fièvre; les deux derniers jours il y eut refroidissement de tout le corps.

Autopsie. — Cavité crânienne. — Pas d'altération notable.

Cavité thoracique. — Poumon gauche libre d'adhérences, complètement revenu sur lui-même, vide considérable dans la cavité pleurale correspondante. La plèvre costale, au lieu d'adhérer intimement à la paroi thoracique, était dans toute son étendue soulevée de manière à présenter une grande quantité de petites vésicules qui lui donnaient l'aspect du tissu cellulaire des viandes de boucherie lorsqu'il a été insufflé.

Du côté droit on voyait la même chose, mais le poumon droit n'était affaissé que de dehors en dedans à cause des adhérences qui fixaient ses bords antérieur et postérieur à la paroi centrale.

Les poumons, d'ailleurs, étaient sains; une seule granulation grise demi-transparente à la base du poumon droit. Le poumon gauche insufflé reprit son volume normal.

Péricarde et cœur sans altérations.

Cavité abdominale. — Pas de liquide dans le péritoine. Pas d'adhérences entre les anses intestinales. Les veines qui rampent dans l'épiploon et à la surface de l'intestin sont remplies d'un sang noir.

Au-devant du rein gauche, au-dessus et en dedans de l'épine iliaque antérieure et supérieure du même côté, on trouve une portion d'intestin grêle distendue, donnant à la palpation la sensation que l'on percevait pendant la vie en explorant la tumeur. L'extrémité inférieure de cette tumeur se prolonge en bas et en dedans, et s'incline presque parallèlement à l'arcade crurale au-dessus de laquelle elle est placée. Elle se termine vers le milieu de cette arcade en se continuant avec une portion d'intestin moins dilatée et parfaitement dépressible.

L'extrémité supérieure est couverte par des anses d'intestin grêle qui ont leur volume normal.

En les déplaçant on voit que la tumeur se prolonge en dedans

et en haut, et se termine au niveau de l'origine de l'artère mésentérique supérieure. Dans toute son étendue elle comprime dans la gouttière formée par la partie latérale gauche du corps des vertèbres lombaires et les apophyses transverses correspondantes, une partie de l'arc du côlon et du côlon descendant réduite à un très petit diamètre.

En soulevant la tumeur on la trouve libre d'adhérences, ne présentant aucune trace d'inflammation. Sa coloration est celle du reste de l'intestin; elle est très pesante et comme massive.

Sa longueur est de 29 centimètres, sa circonférence de 15 centimètres, et elle commence à 63 centimètres du pylore.

Elle se termine à son extrémité supérieure par un bourrelet arrondi, sorte de collier dû à l'invagination du bout supérieur de l'intestin grêle dans son bord inférieur.

Après l'avoir fendue de dedans en dehors dans la moitié de son épaisseur, on trouve qu'une cavité centrale est conservée, et que *sept couches d'intestin* entrent dans la constitution de la tumeur. La présence de ces couches est due à une triple invagination de l'intestin, et l'on trouve en contact de dedans en dehors d'abord deux séreuses et deux muqueuses, ensuite deux nouvelles séreuses et deux autres muqueuses, et enfin deux séreuses et deux muqueuses. Aucune adhérence et pas de trace d'inflammation entre les séreuses en contact.

Des sept cylindres le plus interne est le plus long de 7 centimètres. Dans cette étendue il est épaissi, noirâtre. Dans la tumeur le tissu cellulaire sous-muqueux est épaissi, et la muqueuse, légèrement ramollie, est recouverte d'une matière brunâtre et gluante.

Le mésentère, entraîné avec les différentes portions d'intestin auquel il est attaché, n'avait pas subi d'altération notable et on le trouvait allongé et plissé en manière de corde entre les surfaces séreuses en contact.

L'estomac était à peine distendu, et toute la portion d'intestin grêle située au-dessus de l'invagination avait à peu près le volume de cet organe. Les parois de cette partie du tube digestif, supérieure à l'invagination, avaient subi une hypertrophie générale qui cependant portait d'une manière spéciale sur la tunique musculaire. La cavité en était remplie d'un liquide verdâtre semblable à celui qui était vomé pendant la vie. Teinte légèrement brunâtre

de la muqueuse, avec ramollissement. Pas d'autre altération. Pas d'helminthes dans le tube digestif.

Les autres organes splanchniques étaient parfaitement sains.

M. *Leudet*. En voyant la maladie suivre une marche qui devait nécessairement amener une terminaison funeste, n'aurait-on pas dû chercher à sauver le malade en pratiquant la gastrotomie ?

M. *Bucquoy*. Le diagnostic ne fut jamais porté d'une manière certaine. La présence de la tumeur, les coliques et les vomissements continuels faisaient penser à une invagination, mais la rétraction permanente du ventre, la durée insolite de la maladie avec absence complète d'accidents inflammatoires, firent que l'on conserva toujours quelque doute.

Dans de pareilles conditions pouvait-on songer à une opération aussi grave que la gastrotomie ?

Ce cas, d'ailleurs, qui est le seul exemple de triple invagination qui existe dans la science, aurait été des moins favorables ; car, aurait-on pu désinvaginer complètement l'intestin ?

Quoi qu'il en soit, ce fait a une grande importance pratique, puisqu'il montre qu'un intestin peut rester plusieurs mois invaginé, sans que pour cela l'inflammation s'en empare ; de là l'indication de songer à la gastrotomie, quand, avec un diagnostic plus certain, on se trouvera dans des conditions analogues.

OBSERVATION.

Cancer de l'ovaire, kyste pileux de l'ovaire présentés à la Société, par M. Mauriac. (Rapport de M. Bucquoy sur ces deux observations.)

Dans la séance du 10 juin, M. Mauriac vous a présenté une tumeur du bassin, provenant d'une femme âgée de cinquante-huit ans, morte à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Barth.

Cette femme, dont le père avait succombé à cinquante-quatre ans, atteint d'une affection cancéreuse de l'estomac, avait, bien qu'elle fût d'une constitution délicate, joui jusqu'à l'âge de cinquante-huit ans d'une assez bonne santé.

Ce fut alors qu'elle commença à éprouver des douleurs de reins presque continuelles, qui, trois ans plus tard, s'accompagnèrent d'une difficulté extrême d'aller à la garde-robe, avec ténésme vésical et rectal par intervalles. Assez souvent il lui arri-

vait de rendre du sang par l'anus. Il y a un an le ventre augmenta beaucoup de volume, et elle commença à éprouver la sensation d'un poids énorme dans le bassin.

Entrée le 2 avril à Beaujon, elle y fit un court séjour, et le toucher fit reconnaître alors une tumeur bouclée inégale déjà volumineuse; elle était développée surtout du côté gauche et comprimait le rectum, dont la muqueuse était envahie par des fongosités peu consistantes.

Rentrée le 25 mai, elle présentait la teinte cachectique des cancéreux, le ventre étant ballonné; la tumeur du bassin avait acquis plus de développement et se sentait à l'hypogastre.

Des purgatifs énergiques déterminèrent quelques selles et procurèrent du soulagement à la malade, lorsque le 7 juin elle fut prise subitement de tous les symptômes d'une péritonite par perforation à laquelle elle succomba au bout de douze heures.

L'autopsie fit reconnaître les lésions ordinaires de la péritonite: adhérences molles entre les anses intestinales, vascularisation, épanchement de pus dans la cavité du péritoine.

Une tumeur dure, inégale, globuleuse, du volume de la tête d'un fœtus à terme, remplissait en partie la cavité pelvienne et remontait jusqu'à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic. A sa partie antérieure restait un pertuis par lequel la pression faisait passer dans la cavité péritonéale du pus mélangé de flocons pseudo-membraneux.

Des adhérences internes unissaient la tumeur aux parties voisines, l'S iliaque en parcourait la partie supérieure, formant une sorte de tube rigide. L'utérus, dévié à droite, et la vessie, étaient sains et répondaient à la partie antérieure. A la postérieure on trouvait le rectum déjeté aussi à droite et couvert, à sa face interne, de végétations fongueuses.

La plus grande partie de la tumeur était résistante, grisâtre, criant sous le scalpel; à la face postérieure de l'utérus existait une cavité remplie de liquide purulent, qui s'était fait jour dans le péritoine.

La dissection la plus attentive ne permit pas de trouver l'ovaire gauche en totalité ou en partie; le droit était intact.

M. Mauriac regarde cette tumeur comme cancéreuse, et dit qu'elle paraît avoir pris naissance dans l'ovaire gauche. Bien qu'il soit à regretter qu'elle n'ait pas été soumise à l'examen micros-

copique, nous devons dire cependant qu'il ne s'élève pas de doute dans notre esprit sur sa nature cancéreuse. Les antécédents de la malade, la marche de l'affection, l'aspect de la tumeur, tout concourt pour ne pas permettre d'en douter.

Relativement à son siège, je partage complètement l'opinion de M. Mauriac, et, après avoir examiné avec soin la pièce, je suis resté convaincu que c'était là un exemple de cancer de l'ovaire, analogue aux cas rapportés par Vater, Morgagni, le docteur Welter, etc. Ici, comme dans les faits mentionnés par ces auteurs, la tumeur cancéreuse avait un volume considérable; autour d'elle les organes voisins ne faisaient qu'adhérer sans partager l'altération morbide; l'ovaire gauche seul manquait, et c'était à sa place que la tumeur s'était développée.

Ajoutons en outre que l'absence de continuité entre les fongosités du rectum et le cancer de l'ovaire semble devoir éloigner l'idée que le rectum ait pu en être le point de départ.

La deuxième pièce que vous a présentée M. Mauriac, dans la séance du 17 juin, est un kyste pileux de l'ovaire droit. Ce kyste appartenait à une femme de vingt-six ans, qui succomba dans le même service, atteinte de fièvre typhoïde. La lésion qu'elle présentait n'ayant pas été soupçonnée pendant la vie, nous ne possédons aucun renseignement sur les antécédents de la malade. On ignore si elle avait eu des enfants; la seule chose que l'on put constater à l'autopsie, c'est que la membrane hymen n'existait pas.

La tumeur de l'ovaire, du volume de la tête d'un fœtus à terme, occupait la plus grande partie de la cavité du bassin, surtout à droite; elle était molle, fluctuante, donnant, quand on la palpait, la sensation de corps dur et volumineux flottant dans un liquide.

Elle contenait environ 400 grammes de liquide sanieux, trouble, de la matière grasseuse, fractionnée en morceaux de grosseur variable; des poils mêlés à la matière grasse, pelotonnés, de la longueur de 5 à 6 centimètres au plus; enfin, une portion d'os informe. Pas de dents ni de lambeaux de peau.

Cette pièce, à cause du manque de détails sur les antécédents de la malade, n'a pour nous de l'intérêt qu'au point de vue de l'anatomie pathologique. Déjà un certain nombre de kystes pileux ont été mis sous vos yeux. M. Lebert, dans le mois d'août

de l'année dernière, à l'occasion d'un cas analogue qu'il vous présentait, souleva ici la question si souvent débattue de l'origine de ces productions.

Je ne rappelle cette discussion qu'à parce que l'opinion de notre savant collègue diffère de celle généralement adoptée aujourd'hui.

M. Lebert ne croit pas qu'on puisse rapporter à la conception des tumeurs de l'ovaire qui, comme celle-ci, contiennent des poils, des dents, de la graisse, quelques portions d'os sans forme déterminée, et, sous le nom de *productions hétéroplastiques*, il les range parmi ces kystes dermatiques que l'on rencontre en d'autres points du corps. Cette opinion fut vivement combattue, au sein de la Société, par MM. Depaul, Verneuil et Broca.

Je partage complètement leur avis, et reconnais avec eux que l'inclusion suffit pour expliquer d'une manière satisfaisante la présence de tumeurs analogues; qu'il faut le dire, après l'ovaire; se rencontrent le plus souvent aux environs de l'orbite et à la tête.

OBSERVATION.

Ruptures multiples du foie par cause contondante. — Par M. Desnos, interne des hôpitaux.

Dans la journée du 12 avril 1853 est entré à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Robert, un homme qui avait été renversé par une voiture de blanchisseur pesamment chargée et dont une roue lui avait passé sur le corps. A la visite du soir, voici ce qu'on observe :

Le malade a conservé sa connaissance; mais il parle avec peine; la face est profondément altérée, anxieuse; la respiration se fait difficilement; le pouls est fréquent, petit et dépressible; la peau est froide. On voit sur la poitrine et la partie supérieure de l'abdomen, le trajet de la roue indiqué par une légère ecchymose qui, partant de la clavicule gauche, croise la partie moyenne du sternum et se termine sur l'hypochondre droit.

L'examen du malade ne fait pas constater de fractures de côtes.

La poitrine donne partout un son clair à la percussion; l'auscultation fait entendre en tous points le murmure respiratoire affaibli. La pression sur les fausses côtes qui répondent à l'hypo-

chondre droit, ainsi que la percussion profonde de cette région, sont horriblement douloureuses.

Le lendemain le pouls s'est relevé ; la peau est plus chaude, mais la respiration est toujours embarrassée, la face altérée. — Saignée de trois palettes.

Le 14, le malade a eu du frisson dans la nuit ; il y a une légère teinte ictérique des sclérotiques. Le ventre est ballonné, douloureux à la moindre pression ; il y a des vomissements bilieux et de la constipation. Le pouls est petit et accéléré, la peau est chaude. — 30 sangsues et onctions d'onguent napolitain sur le ventre ; eau de Selz, lavement émollient, cataplasmes.

Les jours suivants cet état s'aggrave au lieu de s'améliorer ; l'ictère devient plus prononcé ; les vomissements continuent, la tympanite augmente, et le malade succombe le 25 avril, treize jours après l'accident.

Autopsie le 28. — Les poumons sont sains, ainsi que les plèvres, les côtes et les différents plans musculaires et aponévrotiques qui constituent les parois de l'abdomen. La cavité péritonéale est remplie par un liquide abondant, de couleur et d'odeur biliaires très prononcées. La plupart des organes contenus dans le ventre sont recouverts de fausses membranes molles et fortement teintées en jaune. Le foie, outre ces pseudo-membranes, présente sur sa face convexe trois ou quatre petits mamelons formés par sa substance propre et qui sans doute préexistaient à la chute. De plus, et c'est la lésion intéressante, sur le côté droit du ligament suspenseur, on remarque une déchirure antéro-postérieure, linéaire, longue de 12 centimètres, et dont nous n'avons pu mesurer la profondeur, désirant présenter à la Société la pièce dans toute son intégrité. A l'extrémité droite du lobe droit existe une seconde déchirure de forme à peu près ovulaire, circonscrivant un petit flot de l'organe, et accompagnée d'un épanchement de sang, à la face inférieure du foie, épanchement ayant son siège sous la capsule de Glisson, et formant une véritable ampoule. La vésicule, les canaux biliaires, cystique et cholédoque étaient intacts.

En examinant le foie plus attentivement avec M. le rapporteur et en y opérant des sections en différents sens, nous avons trouvé à la déchirure antéro-postérieure une profondeur de 4 centimètres. La déchirure de l'extrémité droite du lobe droit n'était que

de 1 centimètre. De plus nous avons trouvé au centre du lobe droit et ne communiquant nullement avec l'extérieur, un foyer hémorrhagique à grand diamètre antéro-postérieur et dont la capacité égalait à peu près le volume d'une noix. Les parois étaient formées par la substance de l'organe lacéré et sans traces d'organisation. Cette cavité contenait du sang semblable à de la gelée de groseilles, et présentant de l'analogie avec celui qu'on voit dans les foyers cérébraux vers le quatrième ou cinquième jour. Un épanchement de lymphé plastique commençait à unir les lèvres des plaies.

Rapport sur l'observation précédente, par M. Grau, interne des hôpitaux.

Nous avons été chargé de vous faire un rapport sur une pièce d'anatomie pathologique présentée par M. Desnos à l'appui de sa candidature au titre de membre-adjoint et sur l'observation qu'il a jointe à sa présentation. Il s'agissait de déchirures multiples du foie avec épanchement sanguin dans l'épaisseur de cet organe, lésions produites par le passage d'une roue de voiture sur la poitrine et le ventre du sujet qui a succombé à ces altérations. Pour apprécier les particularités intéressantes que renfermait l'observation de M. Desnos, nous avons fait quelques recherches sur les désordres causés dans le foie par les corps contondants dont l'action s'exerce à travers les parois abdominales.

Quoique ces désordres soient assez fréquents, on est frappé du peu de place qu'on a accordé à leur histoire soit dans les livres classiques, soit dans les articles de différents dictionnaires. C'est dans Morgagni, dans Haller et dans Portal qu'il faut aller chercher les observations éparses qui ont trait à ces sortes de blessures. C'est la comparaison de quelques uns de ces faits avec celui que nous avons à examiner qui nous a suggéré les quelques réflexions suivantes.

Nous ne signalerons qu'en passant la parfaite intégrité des côtes et de divers plans constituant les parois du thorax et de l'abdomen coïncidant avec des lésions dans le foie : sans aucun doute cette coïncidence, dont la situation, le volume, l'organisation friable de l'appareil sécréteur de la bile peuvent rendre compte, présentent de l'intérêt. On doit s'en souvenir et pour le

diagnostic des contusions des organes contenus dans les cavités splanchniques, et pour la réserve du pronostic qu'on doit porter en pareil cas. Mais ces particularités ne sont pas de la règle commune : elle est signalée par la plupart des auteurs, et ils s'appuient dans ces cas sur de nombreuses observations.

Ce qui nous semble le point saillant de l'observation de M. Desnos, c'est le mécanisme suivant lequel ont été produits les accidents mortels, et le long espace de temps qui a séparé le moment de la blessure de celui de la mort.

Les plaies contuses du foie peuvent en effet produire la mort de trois manières. Ou bien les malades succombent à des inflammations, ou à l'évolution des produits hétérogènes de cette glande, inflammations ou produits qui reconnaissent pour origine le traumatisme; nous n'avons pas à examiner la question à ce point de vue. Ou bien, la blessure donne lieu à un épanchement de sang dans le péritoine, épanchement plus ou moins promptement mortel; c'est en quelques heures, en quelques jours au plus que succombent les victimes; quelques unes même meurent sur-le-champ. D'autres fois, enfin, la vésicule du fiel est rompue, la bile s'épanche, et immédiatement se déclarent les symptômes d'une péritonite suraiguë dont on sait les suites et la marche rapide.

Or le malade de M. Desnos présentait deux déchirures du foie assez considérables, et l'on n'a pas trouvé de traces d'hémorrhagie dans la cavité du péritoine. D'un autre côté la vésicule biliaire était parfaitement intacte, et c'est un épanchement de bile caractérisé par la consistance, la couleur et l'odeur bien connue de ce liquide, qui a donné lieu au développement de l'inflammation du péritoine. Mais au lieu d'apparaître immédiatement, ce n'est que le troisième jour que sont survenus les signes de cette inflammation; inflammation à marche assez lente et qui a laissé survivre encore le malade pendant dix jours. Nous pensons que l'examen de la pièce pathologique pourra nous fournir l'explication de ces anomalies dans le mode de production et la marche des accidents.

Les chirurgiens ont noté que c'était surtout dans les cas de déchirure de la face concave qu'on remarquait les hémorrhagies considérables et funestes; ce qui se comprend parfaitement en songeant à l'importance des vaisseaux sanguins qui rampent dans

cette région. Ces hémorrhagies se voient encore dans ces dégâts énormes, tels que Morgagni en a cité un exemple.

Il raconte que sur le ventre d'un enfant de neuf ans passa la roue d'un chariot. Une portion du lobe droit du foie pesant à peu près 3 onces, s'était détachée de sa masse. Il mourut très promptement avec les signes d'une hémorrhagie interne.

Les conditions tout opposées dans lesquelles se trouvait le foie que nous avons disséqué nous rendent compte de l'absence de l'épanchement hémorrhagique. Car, s'il est dit dans l'observation qu'une de ces déchirures circonscrivait un flot de la substance de l'organe, cette déchirure, située à la face convexe, n'avait qu'un centimètre de profondeur, et aucun vaisseau considérable n'avait pu être intéressé.

Quant à cette autre déchirure placée sur le côté du ligament suspenseur, et profonde de 4 centimètres, outre qu'elle occupait aussi la face convexe et qu'on n'a pas trouvé de lésion de vaisseaux importants, nous ferons observer que c'était une simple scissure dont les bords arrivaient au contact et faisait ainsi obstacle à l'écoulement du sang.

Le développement tardif de la péritonite causée par la présence de la bile nous semble aussi pouvoir s'expliquer par la nature des altérations. En effet, tandis que dans la plupart des cas, c'est une grande quantité d'un liquide très irritant qui fait subitement irruption dans la cavité de la séreuse par suite de la rupture du réservoir de ce liquide, nous voyons qu'ici l'épanchement a dû se faire d'une tout autre manière. Ce sont des canaux biliaires d'un petit calibre qui ont été divisés, et qui, laissant suinter peu à peu leur contenu à mesure qu'il était sécrété, n'ont développé que lentement, sourdement, les phénomènes de l'inflammation mortelle. Le fait de l'épanchement biliaire par les blessures du foie lui-même et auxquelles la vésicule reste étrangère nous paraît assez rare.

En terminant j'appellerai votre attention sur le commencement d'adhésion qui unissait les lèvres des plaies. Elle démontre la possibilité de la réunion par première intention dans les organes glandulaires et parenchymateux.

OBSERVATION.

Luxation complète de l'humérus en arrière; variété de luxation incomplète de l'extrémité externe de la clavicule. — Par M. Bidard, interne des hôpitaux.

Le 11 juillet entre à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Denonvilliers, un charretier, âgé de soixante-deux ans, qui, trois heures avant son entrée, est tombé sur le dos, et la roue de sa charrette, du poids de 3500 kilos, lui est passée obliquement de bas en haut sur le côté droit du thorax et de la face.

Les téguments de la joue, de la moitié droite du front, les deux paupières de ce côté forment une énorme plaie à lambeaux dont nous supprimons les détails, pour ne pas perdre de vue ce qui a trait à la luxation de l'épaule.

La paroi antérieure de l'aisselle et la portion du thorax qui correspond au grand pectoral, à la fosse sous-épineuse et au rhomboïde du côté droit sont le siège d'un gonflement très considérable, mou, élastique, très sonore à la percussion et donnant à la pression la sensation de la crépitation de l'emphysème. En cherchant si cette tuméfaction est fluctuante, on constate à son centre un gargouillement très fort. Ce gonflement empêché de bien constater l'état des côtés correspondantes; néanmoins en pressant sur la première on sent très bien la crépitation.

Le moignon de l'épaule est aussi tuméfié, on dirait le deltoïde soulevé par un épanchement. L'acromion est saillant, le doigt trouve au-dessous de lui un vide très prononcé et n'y peut sentir la tête humérale, qui est placée à près de 4 centimètres en arrière et en dedans du sommet de l'acromion, sous l'épine du scapulum. Elle forme une saillie considérable, superficielle, comme si elle était sous-cutanée, facile à circonscrire; on peut même constater ses deux tubérosités.

Le bras est dans la rotation en dedans, l'avant-bras est fléchi à angle droit, le coude est écarté du tronc, dont il peut être facilement rapproché. Si on l'éloigne du corps, on sent couler la tête de l'humérus de haut en bas sur la face postérieure du col glénoïdien, et elle peut ainsi descendre à plus de 3 centimètres au-dessous de l'épine de l'omoplate. En mesurant les deux bras rapprochés du tronc et dans la même position, on trouve du

sommet de l'acromion à l'épicondyle 30 centimètres pour le côté droit et 33 pour le côté sain.

On n'éprouve aucune résistance à mouvoir le bras ; les mouvements paraissent peu douloureux, mais l'état grave du malade est cause du peu de sensibilité qu'il accuse. Si ces mouvements imprimés sont un peu rapides, ils déterminent dans l'épanchement acro-sanguin un bruit de glouglou très nettement entendu par les malades couchés dans les lits voisins.

La moindre traction exercée dans le sens du déplacement permet de réduire la luxation qui est bientôt reproduite par le malade lui-même de la manière suivante : pour changer de position, il prend l'avant-bras de la main gauche, l'élève et porte ainsi la main droite au-dessus de sa tête. Dans ce mouvement les surfaces articulaires s'abandonnent en faisant entendre un bruit de craquement très prononcé et la main appliquée sur le moignon de l'épaule sent nettement la tête humérale basculer autour du rebord glénoïdien.

En examinant l'épaule dans cette nouvelle position du membre, nous trouvons la paroi inférieure du creux de l'aisselle fortement bombée, et la tête humérale paraît située dans l'épaisseur de la paroi postérieure. Les deux membres thoraciques sont mis dans cette position (les mains au-dessus de la tête) et la longueur des deux bras mesurés du sommet de l'acromion à l'épitrôchlée est de 25 centimètres pour le côté droit et 32 pour le côté gauche. Nous ramenons ensuite le bras droit en bas avec précaution et sans exercer la moindre traction en avant, la luxation persiste et la tête de l'humérus revient se placer au-dessous de l'épine de l'omoplate.

Pour réduire il suffit de la moindre traction en bas et en avant ; pour reproduire le déplacement il suffit de porter le bras dans la rotation en dedans, en même temps qu'on porte un peu la tête humérale en arrière, ou bien d'élever fortement le coude en imprimant au bras un léger mouvement d'impulsion en haut et en arrière. Ce mouvement d'impulsion paraît nécessaire, car si, sans y avoir recours, on porte lentement la main droite à la tête du malade, les surfaces articulaires ne l'abandonnent pas. Il n'est nullement besoin, pour ce déplacement, que l'humérus vienne prendre un point d'appui sur le thorax ; au contraire on ne peut l'obtenir en combinant l'adduction forcée avec la pression d'avant en arrière.

L'articulation acromio-claviculaire ne paraît pas lésée.

La respiration est très embarrassée, toux rare, très douloureuse; pouls faible, régulier, semblable dans les deux artères radiales; refroidissement des extrémités.

12 juillet. On peut encore reproduire facilement la luxation; état général très grave. Mort à deux heures du soir.

Autopsie quarante-huit heures après la mort. — Le creux de l'aisselle contient beaucoup de sang coagulé; tous les muscles de la moitié droite du thorax et ceux du bras droit sont ecchymosés. Le grand pectoral est nettement coupé dans le sens vertical à 8 centimètres de son insertion humérale. Le deltoïde est déchiré en deux points; la première rupture est verticale, divise son faisceau claviculaire en deux parties égales et remonte de son bord libre jusqu'à 2 centimètres de la clavicule; la seconde, transversale, est au niveau de la fosse sous-épineuse et étendue dans toute la largeur de cette fosse. Le muscle sous-épineux est contus dans son tiers externe mais incomplètement divisé. Le grand rond est coupé à sa partie moyenne; le petit rond est broyé et presque réduit à sa substance tendineuse. Le sus-épineux, le sous-scapulaire et le grand dorsal sont à peine altérés.

Les six premières côtes sont fracturées; les deux premières n'offrent qu'une cassure, les autres sont divisées en deux et trois fragments avec quelques petites esquilles. Le poumon droit adhère aux côtes par des fausses membranes épaisses, résistantes et anciennes, dans presque toute sa face externe. Au niveau de ces adhérences on trouve trois déchirures de plus d'un centimètre de longueur. Pas d'épanchement de sang dans la plèvre.

L'omoplate est divisée en petits fragments par une fracture comminutive qui intéresse la moitié inférieure de son bord axillaire, les deux tiers inférieur et interne de la fosse sous-épineuse et le quart interne de l'épine; les autres portions du scapulum sont intactes. Lorsque tous les fragments sont détachés par la dissection des muscles, la fosse sous-épineuse est à peine plus large que la sus-épineuse; la cavité glénoïde n'est pas altérée.

L'examen de l'articulation acromio-claviculaire nous permet de constater une petite déchirure de la partie antérieure et un peu inférieure de sa capsule, intacte dans les autres points; cette déchirure est beaucoup trop petite pour permettre le moindre déplacement. Mais cette extrémité externe de la clavicule droite

offre une variété de luxation incomplète tout à fait insolite. En effet les ligaments conoïde et trapézoïde sont complètement arrachés de leur insertion claviculaire et la ligne rugueuse à laquelle ils s'insèrent est dénudée ; ils tiennent encore fortement à l'apophyse coracoïde ; le ligament acromio-coracoïdien est intact.

La capsule de l'articulation scapulo-humérale présente deux très larges déchirures qui la détachent très près du rebord glénoïdien. La première comprend toute la partie supérieure de la capsule ; la seconde toute sa face postérieure et une partie de sa face inférieure. Elles sont séparées par une bandelette ligamenteuse non déchirée, de 3 centimètres de largeur, constituée par les tendons des muscles sus et sous-épineux ; les surfaces articulaires sont à l'état normal ; le tendon de la longue portion du biceps est arraché de sa gouttière, il est très aplati, un peu éraillé, mais non rompu.

La tête de l'humérus ne peut sortir par l'ouverture supérieure de la capsule orbiculaire, quoique cette ouverture soit assez large pour lui livrer passage ; elle est arrêtée par le ligament acromio-coracoïdien. Mais elle s'échappe très facilement par la déchirure inférieure, repoussant en arrière et en haut le muscle sous-épineux, très altéré en ce point. Elle n'est pas serrée par l'ouverture, on la met sans difficulté le long du col de la cavité glénoïde. Lorsque l'humérus est abaissé, la tête articulaire occupe la portion externe de la fosse sous-épineuse et est située immédiatement au-dessous du bord externe de l'épine de l'omoplate ; la trachée est au niveau du bord postérieur de la cavité glénoïde. En portant l'os du bras dans l'abduction, elle descend jusqu'à ce que la diaphyse appuie contre la base de l'acromion, et alors la moitié inférieure de sa surface articulaire débordé le bord axillaire du scapulum.

La variété de luxation incomplète de l'extrémité externe de la clavicule que nous venons de décrire doit être bien rare puisqu'elle a été jusqu'ici passée sous silence. Son mode de production pourra sans doute paraître quelque peu extraordinaire, et il est plus facile d'admettre qu'une violence extérieure aussi puissante arrive à briser la clavicule en agissant directement sur elle, pour la chasser en haut et en arrière. Ici la clavicule a résisté, quoique les six premières côtes aient été fracturées par cette énorme pression qui a pu arracher les ligaments à leur insertion supérieure

sans déterminer de lésion notable du ligament acromio-claviculaire. Mais dans un cas semblable, où l'homme est littéralement broyé, on peut rencontrer les lésions les plus inattendues et les plus opposées à l'ordre régulier des phénomènes pathologiques. Quoi qu'il en soit, cette subluxation pouvait-elle être reconnue pendant la vie ? nous n'avons constaté rien d'anormal du côté de la clavicule et de ses articulations, mais s'il existait quelques signes, ils devaient être masqués par l'emphysème et l'épanchement sanguin, qui comblaient le creux sous-claviculaire.

Cette observation renferme en outre un exemple irrécusable de luxation complète de l'humérus en arrière, et prouve qu'il n'est pas permis d'en nier la possibilité. Mais survenu dans de telles circonstances, accompagné de délabrements si considérables, ce fait est-il de nature à modifier les opinions généralement admises sur ce point ? Nous ne pouvons le considérer que comme très exceptionnel, et, s'il nous est permis d'en conclure que la luxation sous-épineuse complète peut exister, nous ne serions plus autorisé à l'admettre comme variété distincte, susceptible de se représenter à l'observation, dans des circonstances déterminées.

Ont été nommés pendant les mois de juillet et août :

Membres adjoints.

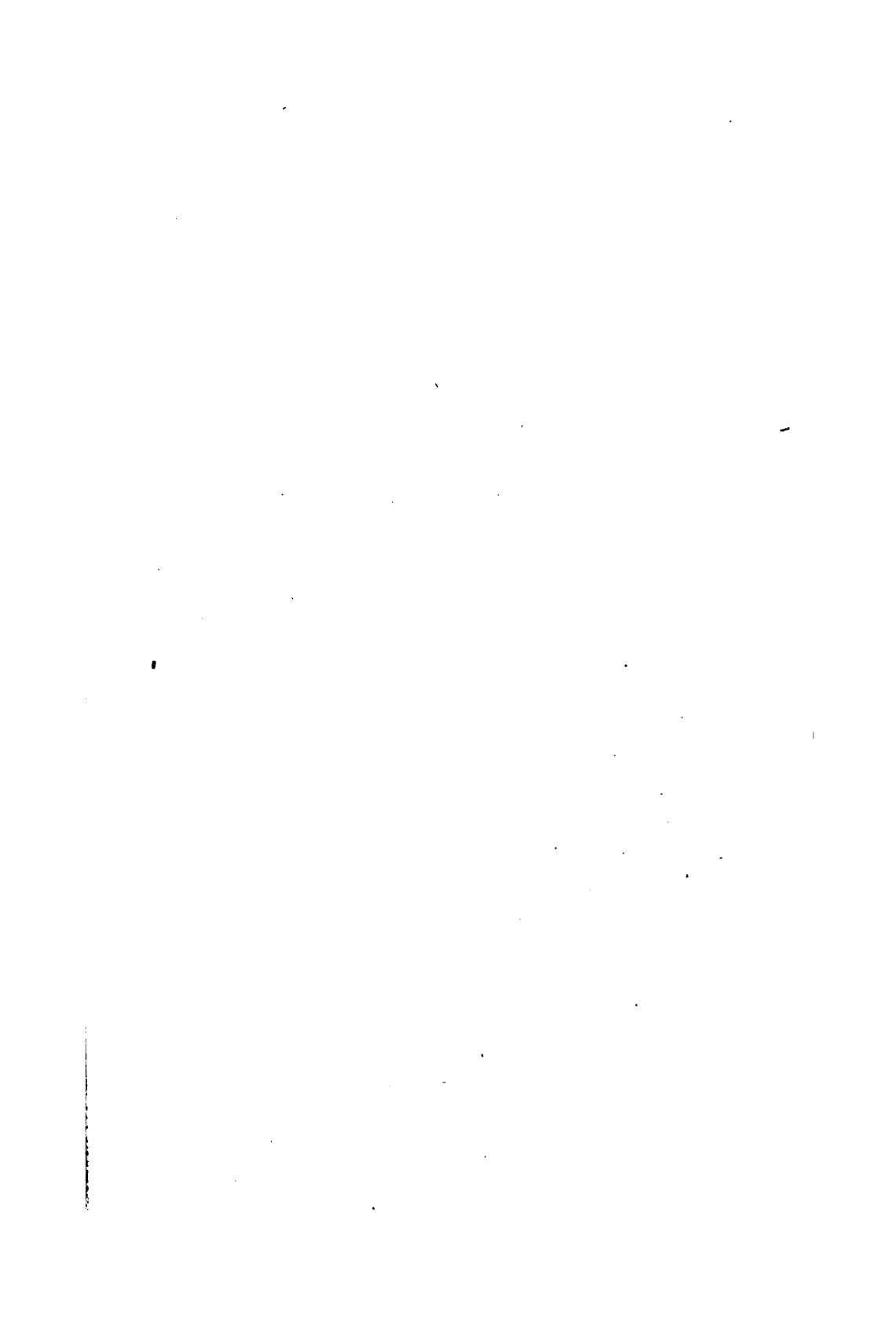
MM. BIDARD, ISAMBERT, MAURICE, MARIE, DESNOS, CHAR-
RIER, GAUBE.

Membres titulaires.

MM. GÉRY et GOUPIL.

Membre correspondant,

M. PAVY.



SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

XXVIII^e ANNÉE.

Bulletin N^o 9. — Septembre 1853.

RÉDIGÉ

PAR M. FOUCHER, SECRÉTAIRE.

SOMMAIRE.

Rapport sur un travail de M. Pavy sur l'étude histologique de la maladie de Bright, par le docteur Leudet.

Observation d'anévrisme disséquant de l'aorte, par M. Goupil, interne des hôpitaux.

Rapport sur l'observation précédente, par le docteur Leudet.

PRÉSIDENCE DE M. CRUVEILHIER.

Rapport sur un travail de M. F.-M. Pavy, sur l'étude histologique de la maladie de Bright, par le docteur Leudet.

Messieurs,

J'ai à vous rendre compte d'un travail qui vous a été présenté par M. F.-W. Pavy, prosecteur de l'hôpital de Guy, de Londres.

Ce travail de M. Pavy a trait à un sujet qui a beaucoup occupé récemment les anatomo-pathologistes allemands et anglais. Je veux parler de l'anatomie microscopique des reins atteints de maladie de Bright. Les idées émises par l'illustre Richard Bright, dans son premier mémoire, avaient longtemps été adoptées en Angleterre. Les trois stades ou les périodes qu'il avait indiquées n'avaient subi aucune attaque quand, il y a quelques années, des recherches microscopiques appelèrent de nouveau l'attention sur

ce sujet. Vous savez avec quel zèle, couronné de succès, plusieurs de nos plus illustres compatriotes avaient suivi les observateurs anglais dans ces recherches sur la maladie qui porte encore le nom de celui qui nous l'a fait connaître. Ces investigations plus nombreuses, faites simultanément par beaucoup d'auteurs, conduisirent au résultat suivant. On doit voir dans les altérations diverses une série de lésions, qu'on pouvait rapprocher, et constituer ainsi une chaîne non interrompue depuis la congestion simple, la phlegmasie, jusqu'à la période atrophique qui marque la terminaison de la maladie. De là naquit le nom de néphrite albumineuse, expression qui représentait parfaitement les idées pathologiques des auteurs qui l'avaient créée.

Je n'ai pas à vous tracer ici l'histoire des divers degrés reconnus par les auteurs français ; les divisions peuvent se multiplier ou se confondre, mais le point important c'est que les degrés extrêmes sont les mêmes et que la maladie a une origine phlegmasique.

M. Johnson est venu s'inscrire hautement contre cette opinion pathogénique, et a cru reconnaître, dans la maladie de Bright, deux formes principales, la forme inflammatoire, la forme qu'il désigne sous le nom d'altération graisseuse. Plusieurs mémoires ont été publiés successivement, sur ce sujet, par le même observateur, et l'ensemble de ses opinions se trouve exposé dans un ouvrage publié l'an dernier à Londres. (Georges Johnson, *On the diseases of the Kidney, their pathology, diagnosis and treatment*, London, 1852.)

M. F.-W. Pavy s'est constitué, comme le plus grand nombre de ses compatriotes, le défenseur de l'opinion de Johnson ; il reconnaît dans la maladie de Bright deux formes : l'altération inflammatoire et l'altération graisseuse pouvant coexister dans certains cas.

Dans la forme inflammatoire on reconnaît d'abord l'état de simple congestion, puis l'inflammation réelle caractérisée par le dépôt de lymphé plastique, et enfin l'atrophie de l'organe. M. Pavy, remettant en honneur une théorie ancienne, comme nous le verrons plus loin, trouve dans cette évolution pathologique des lésions de la maladie de Bright, une analogie complète avec la cirrhose du foie. Dans l'atrophie consécutive et l'inflammation rénale, il signale la formation de kystes indiquée par

Johnson. A cet état du rein correspondent des modifications dans la sécrétion urinaire. Au début l'urine renferme, outre l'albumine et des globules sanguins, des dépôts fibrineux déposés dans les tubes urinifères et chassés avec le produit excrémental.

La forme d'altération rénale, désignée par nos voisins sous le nom de dégénérescence graisseuse, se rencontre surtout chez les individus tuberculeux ou scrofuleux, chez les sujets placés dans de mauvaises conditions hygiéniques. Le rein est alors pâle et mou, augmenté de volume, les cellules épithéliales sont surchargées de graisse, qui, s'accumulant dans les canaux urinifères, comprime les vaisseaux avoisinants et donne lieu à des congestions partielles. L'urine dans ce cas contient, outre l'albumine, des globules de graisse et des cellules épithéliales graisseuses.

Tels sont les caractères principaux tracés par M. Pavy, pour servir à distinguer ces deux formes de la maladie de Bright.

Cette opinion ne nous paraît ni neuve ni même juste.

Nous disons que cette opinion n'est pas neuve, car elle doit être rapportée au professeur Gluge. Cet auteur (*Patholog. und Physiol. unters.*, Iena, 1841, p. 121) a distingué dans la néphrite albumineuse deux formes : l'une qui dépend de l'inflammation et se caractérise par l'injection des corpuscules de Malpighi et la formation de ce qu'il nomme des globules d'inflammation ; la seconde forme, à laquelle il a donné le nom de cirrhose du rein, est manifestement la même lésion que celle que M. Johnson nomme altération graisseuse. Cette analogie d'une des formes de la maladie de Bright avec la cirrhose du foie, fut annoncée d'abord par Gluge, en 1839, dans les *archives de médecine belge*, et deux ans plus tard, en 1841, Hecht, en Allemagne, se rangeait à son opinion. Canstatt adopte également (*De Morbo Brightii*, Erlangæ, 1844) la distinction de la maladie de Bright en deux formes : l'altération phlegmasique et l'altération graisseuse. Si nous voulions citer les auteurs qui se sont montrés partisans de ces idées nouvelles, nous aurions à nommer la plupart des anatomo-pathologistes anglais.

Une vive opposition s'éleva en France, en Allemagne et même en Angleterre contre ces idées de Gluge, renouvelées et développées par Johnson. Sans suivre d'ordre chronologique nous allons

passer en revue les auteurs principaux, aux yeux desquels cette distinction n'est pas fondée, sans nous occuper des recherches cliniques qui donnent à ce sujet peu de preuves évidentes ; nous nous bornerons aux arguments tirés de l'anatomo-pathologique.

Nous mentionnerons surtout quatre auteurs : Reinhardt, Virchow, Gairdner et Frerichs. Cette école jeune et studieuse, qui n'affiche pas comme certains auteurs, systématiquement indifférents, un mépris marqué pour les moyens physiques d'étude anatomique, connaissant les travaux de nos devanciers comme ceux de nos contemporains de tous les pays, s'est occupée avec ardeur de ce sujet. Malheureusement une vive perte s'est fait sentir, c'est celle de Reinhardt, trop tôt enlevé à la science. Le mémoire de Virchow, où nous trouvons quelques renseignements à ce sujet, a trait aux inflammations des parenchymes. Les idées qu'il y professe sont celles de son ami Reinhardt ; nous n'aurons donc à nous occuper ici que des résultats des investigations des autres auteurs, Gairdner, Frerichs et Reinhardt.

Le mémoire de Gairdner (*On the pathology of the Kidney*, Edinburgh, 1848) n'est pas uniquement consacré à l'étude de la maladie de Bright, mais il renferme des opinions de l'auteur, fondées sur des examens histologiques. Une première question, que se pose l'anatomo-pathologiste écossais, est celle-ci : La congestion précède-t-elle toujours l'état d'exsudation dans l'altération des reins dépendant de la maladie de Bright ? C'est une question qu'il n'est malheureusement pas facile de résoudre, car nous savons tous combien il est rare de voir les malades succomber à cette époque de l'affection rénale. Arrivant au cœur même du sujet l'auteur démontre que les corpuscules que l'on nomme d'inflammation ne sont pas pathognomoniques, et que d'une autre part, la graisse granuleuse qu'on observe dans le rein peut reconnaître une origine inflammatoire. Enfin l'étude histologique démontre également que dans la forme extrême d'atrophie l'altération des reins est identiquement la même, que les organes aient ou non de la graisse.

Reinhardt (*Annales de la Charité, Krankh. et Pathol. anat. univ.*, publiées par Leubuscher, 1852, p. 76) se prononce dans le même sens. Pour lui, on ne doit pas admettre les deux formes indiquées par Johnson, mais bien trois stades qu'on peut

désigner ainsi : inflammation simple, infiltration graisseuse, atrophie des reins.

Les travaux plus récents de Frerichs (*Brightische Nierenk. Braunschweig, 1851*) conduisirent à des résultats presque identiques à ceux des auteurs précédents. La division de la maladie est la même.

Le premier degré, celui de l'inflammation simple et de l'exsudation commençante, se caractérise par la congestion des glomérules de Malpighi, congestion qui donne quelquefois lieu à de petites hémorrhagies partielles, à la compression du parenchyme sécréteur environnant, et, par suite, à la gêne de la sécrétion. On trouve alors, dans l'intérieur des canaux urinifères, des dépôts de fibrine cylindriques, sur lesquels se détachent les cellules épithéliales avec leurs noyaux, plus ou moins éloignées les unes des autres. La fibrine contenue dans l'intérieur des canalicules urinifères est blanche, se gonfle et devient transparente au contact des acides ou de la potasse, comme les dépôts récents de fibrine. A côté de ces dépôts de fibrine, les canalicules urinifères contiennent fréquemment encore des globules sanguins. Quelquefois déjà, dans cette période, la capsule des corpuscules de Malpighi, les parois des vaisseaux sont rendues un peu opalines par la formation d'une matière finement granuleuse; enfin, suivant Reinhardt, déjà dans cette période les vaisseaux qui forment la glomérule sont partiellement oblitérés; lésion que Frerichs ne rattache qu'au deuxième degré de la maladie. On peut résumer ainsi les lésions principales de la période phlegmasique : hyperémie du rein, exsudation fibrineuse, survenant dans le tissu interstitiel, mais principalement dans les canaux urinifères, de là formation de cylindres fibrineux que l'on retrouve dans l'urine; de leur présence dans les tubes urinifères résulte la dilatation de ces canaux, la compression des ramuscules vasculaires voisins, et un trouble dans la nutrition de l'épithélium.

La deuxième période, celle de l'infiltration graisseuse, offre les caractères suivants : les dépôts fibrineux contenus dans les canalicules urinifères sont plus brillants, réfractent mieux la lumière et résistent plus longtemps à l'action des acides ou des alcalis. L'épithélium s'altère de deux manières : ou bien il s'infiltre de graisse granuleuse et même vésiculeuse, ou bien il s'atrophie. Les canalicules urinifères deviennent plus gonflés,

variqueux; enfin, les glomérules de Malpighi sont troubles, leurs houpes vasculaires oblitérées par un dépôt granulo-graisseux, survenu dans la capsule.

La troisième période, celle d'atrophie, présente une diminution de calibre, un resserrement des canalicules urinaires, et une oblitération simultanée des ramifications vasculaires afférentes.

Tels sont les résultats principaux des études histologiques de nos confrères d'outre-Rhin; nous avons fréquemment pu constater leur exactitude et admirer le soin avec lequel ils avaient été entrepris.

Dans ces recherches vous remarquerez un passage insensible de l'exsudation granuleuse et fibrineuse à l'altération graisseuse; or, c'est là un fait vulgairement connu et constaté dans toutes les phlegmasies, et nous n'aurions qu'à rappeler les recherches de Reinhardt sur la pneumonie pour vous en convaincre.

Telles sont les raisons qui nous portent à rejeter l'opinion de Johnson et à croire à la nature unique de la maladie de Bright. Rien de spécifique n'existe dans cette affection, et on ne trouve que les caractères d'une phlegmasie; le début, la marche et la terminaison de la maladie, tout fait croire à la nature inflammatoire.

OBSERVATION.

Rupture complète de l'aorte à 3 centimètres de son origine; anévrisme disséquant servant à la circulation, et s'ouvrant dans l'aorte thoracique et dans la carotide interne du côté gauche. — Par M. E. Goupil, interne des hôpitaux.

Auzoux (François-Philippe), âgé de cinquante-deux ans, homme assez petit, cheveux bruns, yeux bleus, système musculaire peu développé, entre à la Charité le 8 mai 1853 dans le service de M. Briquet, salle Saint-Louis, 14. Son père et sa mère, d'une bonne santé, n'ont présenté aucun symptôme de maladie du cœur. Il a toujours été doué d'une bonne santé pendant son enfance; a servi pendant huit ans comme tambour dans la garde royale et est sorti du service à vingt-huit ans. A cette époque, il était d'une bonne santé, n'avait ni battements de cœur, ni essoufflement, ni oppression, et faisait facilement son service. Peu sujet

aux excès de boissons, il a été très porté aux excès vénériens, n'a contracté qu'une blennorrhagie pendant qu'il était au service, n'a jamais eu ni chancres, ni bubons ; n'a eu ni fluxions de poitrine, ni rhumatismes. En sortant du service, il a été successivement coiffeur, puis cordonnier pour dames ; et n'a eu à souffrir de privations que depuis quelques années qu'il est malade.

Il n'avait jamais présenté aucun symptôme de maladie du cœur, lorsqu'en 1842 il a été pris, dans la rue et sans aucun phénomène précurseur, d'un étourdissement, est tombé sans connaissance et a été rapporté chez lui ; là il a eu un vomissement non sanguinolent ; il avait la face violette, était très oppressé et semblait près d'étouffer. On lui a fait une ou deux saignées, et appliqué un vésicatoire, puis des cautères à la région précordiale ; depuis ce temps, il est sujet à des battements de cœur, à de l'oppression, à de fréquents vertiges sans perte de connaissance ni défaillance complète, et ne peut se livrer à aucun travail fatigant ; deux ans après cet accident, il commença à s'apercevoir de battements très forts dans la carotide gauche.

Il entra une première fois, le 30 août 1852, à la Charité, dans le service de M. Briquet. A cette époque, la dyspnée était très notable, le cœur, très hypertrophié, présentait un bruit de souffle au second temps derrière le sternum, des battements très forts dans la carotide gauche, très visibles à cause de la locomotion de cette artère, et l'on crut à une dilatation de l'aorte avec insuffisance des valvules. Le malade, un peu moins oppressé après un séjour d'un mois à l'hôpital, sortit pour reprendre ses travaux ; mais il n'a jamais pu le faire qu'assez irrégulièrement.

En décembre, ses membres inférieurs commencèrent à s'œdématiser, et depuis février la dyspnée a notablement augmenté ; c'est ce qui l'a déterminé à entrer le 8 mai salle Saint-Louis, n° 14, dans le service de M. Briquet.

Etat actuel. — Le malade est obligé de rester assis le tronc et la tête penchés en avant ; le décubitus dorsal lui est impossible ; il suffit même qu'il cherche à se redresser pour être pris brusquement de suffocation ; la face est pâle et blême ; la tête agitée par chaque battement du cœur qui lui imprime un mouvement très pénible pour le malade, l'intelligence est parfaitement conservée, la mémoire très affaiblie, à tel point que le malade s'en aperçoit lui-même. La langue est humide, l'appétit conservé, les

digestions faciles ; pas de diarrhée, soit presque nulle, les urines peu abondantes sont rougeâtres et par le refroidissement se troublent et donnent un dépôt salin considérable, complètement soluble dans l'acide nitrique. Le cou est constamment agité par chaque battement artériel ; les battements de l'artère carotide droite sont bien sensibles et l'auscultation fait entendre un bruit de souffle faible au premier temps, fort et long au deuxième temps, à gauche le battement de l'artère carotide est tellement fort qu'il soulève complètement le muscle et est visible dans toute son étendue ; la compression de cette artère fait évanouir le malade, phénomène qui ne se reproduit pas du côté droit ; les phénomènes stéthoscopiques ne diffèrent de ceux du côté droit que par leur intensité ; le malade fait remonter à huit ans ces battements de l'artère carotide gauche qu'il connaissait avant que nous les lui ayons fait remarquer.

La poitrine est très amaigrie, les espaces intercostaux bien dessinés des deux côtés ; à gauche la matité commence à la troisième côte et descend jusqu'à la septième, transversalement elle ne dépasse pas le sternum à droite, mais s'étend à gauche dans une étendue de 12 centimètres ; à chaque systole on voit une secousse brusque, qui soulève la région précordiale et imprime le même mouvement aux parois abdominales ; cette secousse se propage à tout le tronc et à la tête.

A l'auscultation on entend les battements forts, assez irréguliers, sans intermittence régulière, et au niveau du cœur ainsi que tout le long du sternum, un bruit de souffle léger au premier temps, et au second temps un bruit de souffle plus fort et assez long, dont le maximum d'intensité est difficile à déterminer, mais existe cependant le long du sternum ; dans l'aisselle gauche on retrouve les mêmes bruits plus faibles et peu modifiés ; on les entend très distinctement tout le long de la colonne vertébrale dans sa portion thoracique. Le pouls est à 90, ondulant et redoublé.

La percussion de la poitrine est sonore ; à l'auscultation on entend en avant des deux côtés des râles sibilants et ronflants dans toute la hauteur du poumon, et en arrière des râles sibilants et ronflants dans les deux tiers supérieurs et dans le tiers inférieur des deux côtés, du râle sous-crépitant très humide ; la voix, faible par elle-même, n'est pas retentissante.

L'abdomen est volumineux, mais souple ; dans sa partie inférieure on sent un peu de fluctuation, et de la matité dans une hauteur de 4 à 6 centimètres. Les jambes et les cuisses sont le siège d'un œdème énorme ; la peau est rouge et distendue, l'épiderme fendillé ; la pression du doigt est douloureuse et laisse une empreinte qui persiste pendant quelque temps. Les bourses sont légèrement infiltrées.

Le malade dans cette position souffre peu, il est seulement très faible ; le moindre mouvement lui cause une dyspnée extrême ; le décubitus horizontal est impossible ; dès qu'on le force à le prendre il est étouffé, a des étourdissements et des vertiges.

Pendant la durée de son séjour à l'hôpital, du 8 mai au 15 juin, le malade est soumis à l'emploi de la digitaline, que l'on a successivement portée jusqu'à la dose de 3 granules par jour, et à l'emploi d'un vin diurétique (composé de vin blanc, 1000 grammes, jalap et scille, de chaque, 4 grammes, nitrate de potasse, 15 grammes) qui a été donné d'abord à la dose de 3 cuillerées, puis successivement porté à celle de 6 cuillerées, et a amené une diurèse très manifeste du 22 au 30 mai : le malade ne buvant que 1100 grammes de liquide par jour a constamment uriné 2 à 3 litres, et le 30 juin il n'y avait plus aucune trace d'œdème. A cette époque le malade qui se levait un peu depuis quelques jours, prit une pleurésie peu étendue du côté gauche, qui fut traitée par l'application de vésicatoires ; l'œdème des jambes reparut peu à peu et disparut sous l'influence du même diurétique.

Le 16 juin le malade n'ayant plus ni œdème des membres inférieurs, ni pleurésie, voulut sortir ; les symptômes stéthoscopiques du cœur et des gros vaisseaux n'avaient point changé, la dyspnée n'avait que peu diminué, et le décubitus horizontal était toujours impossible.

A peine était-il sorti que l'œdème des jambes reparut, et bientôt l'aggravation des autres symptômes le força à rentrer dans notre service le 30 juin.

A son entrée le malade est assis dans son lit, penché en avant ; les yeux sont saillants, la face comme les extrémités supérieures sont pâles et décolorées ; les veines de la face et du cou sont un peu turgides ; la respiration est haute et pénible ; les battements de l'artère carotide gauche sont toujours aussi forts.

La percussion de la poitrine est sonore en avant et à droite jusqu'à deux travers de doigt au-dessous du mamelon ; à gauche jusqu'à la troisième côte. De ce point jusqu'à la septième côte, elle est mate transversalement dans une étendue maximum de 14 centimètres ; la pointe du cœur bat à quatre travers de doigt au-dessus et en dehors du mamelon.

La respiration est vésiculaire et sans râle en avant ; à gauche on ne l'entend que jusqu'à la quatrième côte. En arrière la respiration est vésiculaire au sommet des deux côtés ; on perçoit à droite du râle sous-crépitant très abondant dans les deux tiers inférieurs ; à gauche seulement dans le tiers moyen ; dans le tiers inférieur il n'y a ni bruit respiratoire, ni râle, ni retentissement de la voix, et le son à la percussion est complètement mat.

A l'auscultation du cœur, bruit de souffle au premier temps assez court et au second temps bruit de souffle fort et long ayant tous deux leur maximum de la cinquième côte à la partie supérieure du sternum et se prolongeant dans les deux carotides, plus intenses seulement du côté gauche ; à la pointe du cœur ces bruits ont conservé les mêmes caractères, mais avec beaucoup moins d'intensité. Les battements du cœur sont très forts, irréguliers et soulèvent en masse la paroi précordiale ; cette impulsion se communique au tronc et à la tête. Il n'y a aucune voussure à la région précordiale, et les espaces intercostaux sont très nettement dessinés.

L'abdomen est un peu volumineux et à la partie inférieure on perçoit une fluctuation très manifeste, et une matité complète dans une hauteur de 10 centimètres environ ; les membres inférieurs sont très oedématisés ; la peau est rougeâtre et érysipélateuse, les bourses sont très infiltrées.

L'oppression est extrême, l'appétit faible, les digestions faciles, la sécrétion urinaire presque nulle, l'urine présentant toujours les mêmes caractères.

On prescrit *tisane de pariétaire avec nitrate de potasse*, 1 gramme ; vin de Bordeaux, 200 grammes ; vin diurétique, 45 grammes.

20 juillet. Depuis quelques jours le malade est de plus en plus oppressé, le soir surtout, ses forces ont notablement diminué, et il lui est impossible de se lever ; l'oedème des membres inférieurs a complètement disparu ; il n'y a plus d'expectoration, la respi-

ration est vésiculaire ; seulement à droite en arrière on trouve à la base quelques bulles de râle sous-crépitant. Mais cette nuit il a eu un délire peu bruyant mais continu, et ce matin ses phrases sont encore peu coordonnées ; les battements du cœur sont presque tumultueux ; on retrouve encore, mais moins distinctement, les mêmes signes stéthoscopiques.

L'appétit et la soif sont nuls ; le pouls assez fort et redoublé est à 104 pulsations ; ces phénomènes persistent en augmentant jusqu'au 25 juillet avec augmentation du délire et de l'oppression.

Le 26 juillet, le malade ne délire plus ; il est calme, mais très faible et ne peut parler qu'à grand'peine ; il est assis penché en avant, la face est pâle, mais néanmoins sur elle, sur le cou et les bras, les veines apparaissent comme de gros cordons bleuâtres dans lesquels la circulation ne se fait plus ; car on peut les comprimer sans qu'elles s'affaissent au-dessus du siège de la compression ; les muqueuses buccales et nasales sont violacées ; les veines ne se dessinent pas ainsi sur l'abdomen, ni sur les membres inférieurs ; là l'œdème a seulement un peu augmenté ; les battements du cœur sont encore assez forts, tumultueux, un peu plus sourds.

Le point précis où bat la pointe du cœur est difficile à déterminer ; il ne paraît point avoir changé ; les espaces intercostaux de la région précordiale sont moins nettement dessinés. Le long du sternum et des carotides on entend les mêmes bruits de souffle ; l'auscultation et la percussion de la poitrine n'ont pas notablement changé depuis le 20 juillet.

On prescrit : limonade vineuse, un julep gommeux avec extrait de quinquina, 4 grammes ; un vésicatoire à la région précordiale.

Cet état persiste sans amélioration ni changement notable, et le malade meurt le 31 juillet sans avoir présenté d'autres phénomènes.

Autopsie le 2 août. — Le cadavre est dans un état de putréfaction peu avancée. L'œdème des membres inférieurs est aussi marqué que pendant la vie ; les veines de la face, du cou et des membres supérieurs sont beaucoup moins distendues.

L'ouverture du crâne montre les sinus cérébraux médiocrement gorgés de sang ; l'incision de la dure-mère laisse écouler une quantité notable de sérosité louche ; la pie-mère n'est pas

très injectée; les gros troncs veineux seuls sont un peu congestionnés; les membranes s'enlèvent facilement sans entraîner avec elles de substance cérébrale; celle-ci paraît lavée et un peu molle à sa surface; à la coupe elle présente sa consistance normale. Le cerveau, examiné avec soin, nous a paru sain; le piqueté, la consistance, la quantité de sérosité épanchée dans les ventricules ne nous ont rien présenté d'anormal, et nous n'avons trouvé, malgré le soin que nous avons mis à cette recherche, aucune trace d'ancien foyer hémorrhagique.

A l'ouverture de l'abdomen il s'écoule une quantité médiocre de sérosité citrine. L'ouverture du thorax montre le sternum et les côtes parfaitement sains, sans aucune usure ni altération, sans même aucune adhérence anormale avec les organes contenus dans la cage thoracique. Le poumon droit seul était très adhérent à sa partie inférieure et postérieure; à l'ouverture du thorax nous apercevons le poumon droit occupant sa place normale, et le poumon gauche refoulé en haut et en arrière ne descendant que jusqu'à la troisième côte en avant, un peu plus bas seulement en arrière.

Le cœur occupe tout le côté gauche jusqu'un peu au delà de la ligne médiane; il est très volumineux et couché par son bord droit sur le diaphragme; mesuré en place il présente 21 centimètres dans son plus grand diamètre horizontal, et 19 centimètres dans son diamètre vertical. (Je parle ici de toute la partie non recouverte par les poumons et contenue dans le péricarde.) La pointe du cœur correspond au sixième espace intercostal à 8 centimètres au-dessous et en dehors du mamelon; le péricarde ouvert laisse écouler environ 100 à 150 grammes de sérosité citrine; il n'est nulle part adhérent aux parois du cœur.

Le cœur se présentait alors dans l'état suivant: le bord droit est couché sur le diaphragme ainsi que l'oreillette droite qui apparaît distendue par des caillots; au-dessus de l'oreillette est une tumeur à parois denses analogues au tissu artériel et qui nous semblait d'abord pouvoir être l'aorte extrêmement dilatée. Cette tumeur incisée verticalement avec des ciseaux après y avoir fait une simple ponction, contenait du sang réuni en un caillot noir, très volumineux, peu dense, et à peine décoloré à sa partie postérieure; au centre de cette poche nous retrouvons l'aorte complètement rompue par le milieu.

Nous allons maintenant, renonçant à l'ordre dans lequel nous avons procédé à l'examen de cette pièce, la décrire simplement dans ses diverses parties constituantes, espérant ainsi être plus clair et plus facilement compris.

Le cœur présente une forme assez régulièrement arrondie ; il est très notablement augmenté de volume et mesure 13 centimètres de largeur au niveau du sillon auriculo-ventriculaire et 12 centimètres de ce sillon à la pointe du cœur. Le ventricule droit paraît légèrement augmenté dans ses dimensions ; il mesure 7 centimètres de hauteur de l'orifice auriculo-ventriculaire à sa pointe, l'infundibulum est un peu allongé, la distance qui sépare les valvules sigmoïdes de la valvule tricuspide est de 4 centimètres ; les valvules sigmoïdes et la valvule tricuspide sont saines et suffisantes ; la paroi antérieure du ventricule présente une épaisseur maximum de 1 centimètre. Ce ventricule ne renfermait que peu de sang coagulé.

Le ventricule gauche est dilaté ; il renferme un énorme caillot gelée de groseille peu consistant ; sa paroi présente une épaisseur maximum de 2 centimètres ; sa hauteur, mesurée de l'origine de l'aorte à sa pointe, est de 10 centimètres. La valvule mitrale paraît saine.

L'oreillette gauche est un peu distendue par du sang semi-liquide et noir ; ses parois ne paraissent pas très notablement hypertrophiées ; l'oreillette droite est distendue, comme nous l'avons dit, par des caillots noirs qui se prolongent dans les veines caves supérieure et inférieure ; le caillot de la veine cave supérieure se prolongeant très haut dans la veine jugulaire.

La poche anévrysmale dont nous avons parlé commence au niveau même de l'origine de l'aorte ; elle mesure 17 centimètres dans sa plus grande largeur et 13 centimètres dans sa plus grande hauteur. Cette poche, qui paraît formée par la tunique celluleuse de l'aorte, épaissie et condensée au point de simuler une tunique artérielle, représente un énorme cylindre rétréci à ses extrémités, analogue à une aorte dilatée et affectant les mêmes rapports que cette artère avec les oreillettes, l'infundibulum et l'artère pulmonaire. Son tissu est presque lisse en dehors, appuyé en arrière sur les oreillettes et l'artère pulmonaire dont on ne pourrait la séparer que par la dissection ; elle est renfermée dans le péricarde dans une hauteur de 8 centimètres en avant ;

plus haut elle reçoit les prolongements fibro-celluleux que le péricarde envoie normalement à la crosse de l'aorte; elle s'étend de ce côté jusqu'à l'extrémité de la crosse de l'aorte, c'est-à-dire au niveau de la bronche gauche. En l'ouvrant on reconnaît qu'elle naît de l'origine même de l'aorte et qu'elle n'adhère à ce vaisseau autrement qu'à son origine en arrière, et à la partie postérieure du point de la crosse d'où partent le tronc brachio-céphalique et les artères carotide et sous-clavière gauches; elle envoie en avant un premier prolongement en forme d'infundibulum à la partie antérieure du tronc innominé; puis un second à l'artère carotide primitive et forme un anévrysme disséquant qui se prolonge jusqu'à l'artère carotide interne dans laquelle il pénètre; elle passe au-devant de la sous-clavière gauche, puis adhère à la fin de la crosse dans sa moitié postérieure et communique avec elle par sa moitié antérieure, terminaison que nous décrirons plus tard. La face interne de ce sac anévrysmal est mamelonnée, inégale, et présente en plusieurs points des plaques jaune clair, plus ou moins ossifiées, qui sont recouvertes par une sorte de membrane séreuse analogue à la membrane interne des artères.

Dans l'intérieur du sac on voit l'origine de l'aorte naissant du ventricule gauche; cette partie de l'aorte est réduite à ses membranes interne et moyenne qui semblent nettement coupées en travers par une coupe transversale obliquement dirigée d'avant en arrière et de haut en bas, en sorte que cette portion de l'aorte présente 3 centimètres en avant et 2 et demi seulement en arrière. Ce tube, au dedans duquel on voit les trois valvules sigmoïdes épaissies et presque suffisantes, est libre en avant dans toute son étendue, et adhère seulement au sac par sa partie postérieure dans une étendue de 2 centimètres carrés environ. En ce point le tissu de l'aorte est confondu avec celui du sac et adhèrent aux parties subjacentes.

La surface de section est unie, mais la membrane interne avance un peu sur la membrane moyenne de l'artère un peu rétractée; au niveau de la portion adhérente, les bords de la solution de continuité sont plus minces et un peu déchiquetés; les parois de l'aorte sont souples, résistantes et ne semblent avoir subi aucune altération.

Séparée par une distance de 5 centimètres de cette partie de l'aorte on trouve dans la partie supérieure du sac, la continua-

tion de l'aorte; cette partie est constituée par la portion de la crosse de l'aorte qui émet les artères brachio-céphalique, carotide et sous-clavière gauches; d'un côté elle se termine en se continuant avec l'aorte thoracique, en dehors du sac; de l'autre elle présente dans le sac un tube libre de toute adhérence; long de 4 centimètres à partir de l'origine du tronc brachio-céphalique; cette portion de l'aorte est réduite, comme celle dont nous avons parlé, à ses membranes interne et moyenne; sa coupe présente de même que l'autre une légère inégalité, la tunique moyenne étant moins saillante que la tunique interne qui, cette fois, se termine par une coupe moins nette et en se renversant en dehors sur la tunique moyenne. De cette portion d'aorte descend une lanière à bords coupés à pic, large de $1/2$ centimètre, longue de 4 centimètres $1/2$, formée par la tunique interne et moyenne de l'aorte, qui se réunit par une extrémité effilée et adhérente à la paroi du sac anévrysmal, à la surface de section de l'origine de l'aorte que nous avons dite adhérente aux parois du sac. Cette portion de la crosse aortique est privée de sa membrane externe, excepté au sommet de sa convexité, et est réduite à ses membranes moyenne et interne, qui, du reste, paraissent parfaitement saines.

On peut constater facilement, au moyen d'une sonde de femme, que les artères carotide et sous-clavière gauche, ainsi que le tronc brachio-céphalique, naissent de cette portion et sont parfaitement perméables.

Le sac anévrysmal s'ouvre, avons-nous dit, dans l'aorte thoracique à sa portion supérieure.

Au point où l'aorte croise la bronche gauche, le sac anévrysmal n'existe plus qu'en avant, et se termine par une ouverture elliptique de 6 centimètres de circonférence qui fait communiquer l'anévrysme avec l'aorte. Les bords de cette ouverture sont formés d'un côté par la tunique moyenne amincie de la crosse de l'aorte; de l'autre, par la membrane épaisse du sac anévrysmal, qui tranche par sa couleur rougeâtre et son aspect mamelonné sur la surface jaune et unie de la membrane interne de l'aorte dont les membranes moyenne et interne sont terminées brusquement comme par une section. En sorte qu'à ce niveau en regardant par l'aorte thoracique, on voit déboucher dans cette portion deux canaux séparés par un simple diaphragme,

l'un étant constitué par la portion de l'aorte que nous avons décrite ; l'autre, par l'ouverture supérieure du sac anévrysmal. Il semble que l'ondée du sang n'ayant pas pu décoller à ce niveau la tunique celluleuse de la tunique moyenne de l'aorte, celle-ci, peu à peu amincie, se soit ensuite rompue en ce point. En effet, la portion de l'ouverture formée par la paroi antérieure de la crosse aortique est très amincie et paraît être le résultat d'une déchirure.

A ce niveau, l'aorte présente 7 centimètres de diamètre ; à quelques lignes plus bas, on voit à sa face interne des plaques jaunes crétacées faisant saillie sous sa membrane interne ; ces plaques, peu nombreuses en ce point, deviennent très fréquentes à la fin de l'aorte abdominale, et surtout dans l'iliaque primitive droite ; en ces points les tuniques artérielles sont d'une excessive friabilité.

Revenons maintenant au prolongement que l'anévrysme disséquant forme le long de la carotide primitive gauche. Cette artère a parfaitement conservé son calibre, seulement dans sa moitié externe elle est dénudée de sa tunique externe dans toute sa longueur. L'anévrysme disséquant a dilaté cette tunique au point d'avoir un calibre un peu supérieur à l'artère elle-même. Ses parois sont formées par la tunique moyenne de l'artère en dedans, et en dehors par la tunique externe de l'artère épaissie et convertie en un tissu fibro-élastique. Il se prolonge le long de la carotide interne ; mais au moment où cette artère va pénétrer dans son canal osseux, la paroi interne de l'anévrysme, formée par les tuniques interne et moyenne de cette artère, s'amincit et bientôt n'est plus constituée que par la tunique interne de l'artère, tunique mince et transparente qui présente deux ouvertures dont la supérieure, plus considérable, laisse rentrer le sang dans l'artère saine à partir de ce point.

Les poumons sont crépitants, sans trace de tubercules, ils laissent écouler à la coupe une sérosité spumeuse un peu sanguinolente à la base des lobes inférieurs ; la muqueuse de la trachée et des bronches est seulement recouverte de mucus un peu visqueux ; le larynx est sain.

Le foie présente un volume normal ; sa coupe montre les veines hépatiques gorgées d'un sang noir et liquide ; son tissu, assez ferme, présente une couleur rouge lie de vin avec un poin-

illé fin et jaune clair, et représente exactement l'altération connue sous le nom de cirrhose des maladies du cœur.

La vésicule biliaire contient 50 grammes environ d'une bile épaisse, de couleur jaune sombre.

La rate est peu volumineuse et assez ferme.

Les reins sont sains, seulement un peu congestionnés.

La vessie est revenue sur elle-même; sa muqueuse épaissie est congestionnée et très vascularisée.

Les vésicules séminales sont volumineuses et forment une saillie très sensible à travers les parois de la vessie.

L'estomac est d'un volume normal; sa muqueuse, un peu épaissie, forme des plis très saillants, et est le siège d'une arborisation fine avec un pointillé violacé, comme ecchymotique, tellement abondant qu'il donne à la muqueuse une couleur générale lie de vin.

L'intestin grêle et le gros intestin présentent le même aspect que l'estomac lui-même.

Rapport sur l'observation précédente d'anévrysme disséquant de l'aorte, par M. le docteur Leudet.

Lorsqu'un de nous met sous les yeux de la Société un fait d'anatomie pathologique rare, il est du devoir du rapporteur que vous avez désigné pour examiner le travail qui vous est soumis, de faire l'inventaire de la science à ce sujet et de rechercher si cette nouvelle contribution ne peut servir à étendre le domaine de nos connaissances médicales. Convaincu de ces devoirs de vos rapporteurs, j'ai cherché à vous donner un résumé aussi complet que possible des notions connues sur cette variété d'anévrysme que l'on nomme *anévrysme disséquant*. En ouvrant la plupart de nos ouvrages classiques qui ont trait aux maladies des gros vaisseaux, j'ai été frappé de voir dans quelques uns ce sujet à peine abordé; dans d'autres, l'étude de cette variété de maladie vasculaire est plutôt indiquée que tracée.

Le *Traité des maladies du cœur*, de J. Hope (1), ne fait mention que de quelques observations isolées: celles de Nichols (2), de Laënnec, de Guthrie et de Shekelton. Tout ce cha-

(1) J. Hope, *Treatise of the diseases of the heart*, 4^e édit. London, 1849.

(2) Nichols, *Philosoph. transact.*, vol. LII, p. 269.

pitre de l'auteur anglais sur l'anévrysme disséquant de l'aorte, comme du reste tout ce qui a trait aux anévrysmes de l'aorte en général, a été textuellement traduit par MM. Monneret et de la Berge dans le *Compendium de médecine pratique* (1). Le remarquable article de M. P. Bérard (2) ne renferme que l'analyse des quelques cas cités également par Hope.

C'est là à peu près tout ce que nos auteurs classiques nous ont transmis sur les anévrysmes disséquants. J'ai dû analyser les bulletins de notre Société, mais je n'ai rencontré que peu de faits, purement indiqués, et qui n'ont pu m'être que d'un faible secours pour essayer de tracer l'histoire anatomico-pathologique et clinique de cette forme d'altération vasculaire. Les ouvrages anglais et allemands m'ont fourni les plus riches matériaux. Je dois nommer tout d'abord deux mémoires de M. le docteur T. B. Peacock (3-4), ce sont les travaux les plus complets publiés à cet égard. Rokitsansky (5) donne aussi un résumé des principaux faits de cette forme d'anévrysme. Les autres matériaux que j'ai mis en usage sont des observations isolées empruntées à divers auteurs et publiées dans les recueils périodiques : je citerai le nom de ces auteurs et le lieu de la publication, en essayant de tracer l'histoire dogmatique de la maladie qui nous occupe.

L'anévrysme disséquant a presque exclusivement été observé sur le trajet de l'aorte, et surtout, comme nous le montrerons plus loin, sur le trajet de l'aorte ascendante ; je n'ai trouvé aucune observation relatée dans la science d'anévrysme disséquant de l'artère pulmonaire ; mais on aurait tort de croire que cette forme de tumeur anévrysmale fût uniquement limitée aux gros vaisseaux. Koelliker, Virchow (6), et sous leur direction, Pestalozzi (7), ont observé sur les petites artères cérébrales des anévrysmes disséquants qui devenaient une cause d'apoplexie ; mécanisme pathogénique facile à comprendre et qui rend compte également, comme nous le dirons ailleurs, des épanchements san-

(1) Delaberge et Monneret, *Compendium de médecine*.

(2) P. Bérard, *Dictionn. de médec.* en 30 vol., vol. III.

(3) T. B. Peacock, *Edinb. medical and surgical Journal*, avril 1848.

(4) T. B. Peacock, *Monthly Journal*, septembre 1848.

(5) Rokitsansky, *Pathologische Anatomie*, vol. II, pp. 602-608.

(6) Virchow, *Archiv für pathologische Anatomie und klinische Medicin*.

(7) Pestalozzi, *Inaugur. dissert.* Würzburg, 1849.

guins et des ramollissements de la substance cérébrale observés dans des cas d'anévrysmes disséquants s'étendant sur le trajet des carotides. Ces anévrysmes des petites artères n'ont pas été, que je sache, indiqués auparavant comme présentant cette forme; le volume des organes est peut-être la cause principale du long oubli dans lequel ils sont demeurés ensevelis.

M. Peacock, dans son deuxième mémoire (*loc. cit.*), a distingué plusieurs espèces d'anévrysmes disséquants. La première catégorie de faits qui constitue le début de la maladie, a pour caractères anatomiques, d'offrir une rupture de la tunique interne et d'une des lames de la moyenne avec légère extravasation sanguine entre les lames de la tunique élastique. On connaît peu d'exemples de cette variété, et l'auteur n'en cite que trois : ceux de Morgagni (1), de Nichols (*loc. cit.*), et de Hodgson (2). Dans la deuxième classe, le sang a déjà décollé les lames de la tunique moyenne dans une étendue variable, donnant lieu à la formation d'un nouveau canal pouvant communiquer de nouveau dans un point plus ou moins éloigné avec le canal vasculaire normal, soit sur le trajet de l'aorte, soit sur un de ses rameaux. Cette classe renferme le plus grand nombre d'observations, trente sur trente-huit analysées. M. Peacock cite ici les faits de Laënnec (3), Lobstein, Burns (4), Mac Lauchlan, Elliotson, Goddard (5), Nivet (6), Peacock, Todd (7), Lees (8), Thompson (9), Pirrie (10), Farr (11), Rokitsansky. Dans la troisième classe enfin, Peacock range les cas qui offrent les caractères suivants : L'ouverture de

(1) Morgagni, *De sedib. et causis morb.* Epist. LVIII, 13.

(2) Hodgson, *Maladies des artères et des veines*, trad. de Breschet.

(3) Laënnec, *Traité de l'auscultation*, vol. II, p. 411, 1^{re} édit.

(4) Burns, *Observat. on some of the most frequent diseases of the heart.*

(5) Goddard, *American Journal of medical science*, november 1848, analysé dans les *Archives génér. de médéc.*, série III^e, vol. IV, p. 355.

(6) Nivet, *Bulletins de la société anatom. de Paris*, année 1836, p. 395.

(7) Todd, *Transactions of the London royal medico-chirurgical society*, et dans *London med. Gaz.*, 1844, p. 348.

(8) Lees,

(9) Thompson, *London med. Gaz.*, avril 1846, analysé dans les *Archives génér. de médéc.*, série IV^e, vol. XXI, p. 213.

(10) Pirrie, *Idem*, analysé dans les *Archives génér. de médéc.*, série IV^e, vol. XVI, p. 497.

(11) Farr, *London med. Gaz.*

rupture est devenue lisse, les tuniques sont disséquées sur une grande étendue, si bien qu'on a pu croire à une affection congénitale, comme dans les cas de M. Bouillaud (1), Shekelton (2), Pennock (3) et Henderson (4).

Comme on le voit, ces diverses catégories ont été établies d'après le degré plus ou moins avancé de décollement des tuniques vasculaires.

La naissance de l'aorte présente une prédisposition marquée pour devenir le siège de la déchirure qui donne lieu au passage du sang entre les membranes. M. Peacock (*loc. cit.*) a fait, relativement au siège de la déchirure, l'analyse de 35 cas connus dans la science. Ces cas pouvaient être répartis ainsi :

- La rupture existait sur 35 cas,
- 24 fois à la naissance de l'aorte ;
- 2 fois à l'origine du tronc brachio-céphalique ;
- 5 fois à la crosse ;
- 2 fois sur le trajet de l'aorte descendante ;
- 1 fois à la partie inférieure de l'aorte abdominale ;
- 1 fois à la division en iliaques.

Ainsi donc, ces ruptures se font principalement près de l'origine de l'aorte : nous disons près de l'origine, car il est très rare de rencontrer la rupture à l'endroit même où le vaisseau sort du cœur, ou bien le lieu de la rupture était séparé de la sortie du ventricule gauche par un intervalle de 3 lignes, comme dans le fait de Moreau (5) d'un 1/2 pouce, comme dans celui de Pennock (*loc. cit.*) de 1 pouce, comme dans ceux de Forster (6), Mac Donnell (7), Rokitsansky, Thompson. D'autres fois, au con-

(1) Bouillaud, *Archives génér. de médéc.*, série IV^e, vol. XV, p. 248.

(2) Shekelton, *Dublin hospital reports*, analysé dans Guthrie, *On diseases of arteries*, p. 82.

(3) Pennock, *American Journal of medical science*, november 1848, analysé dans les *Archives génér. de médéc.*, série III^e, vol. IV, p. 356.

(4) Henderson, *Lond. and Edinb. Monthly Journal*, july 1843.

(5) Moreau, *Archives génér. de médéc.*, série I^{re}, vol. XIX, p. 457.

(6) Forster, *Lond. med. Gaz.*, febr. 1848, analysé dans les *Archives génér. de médéc.*, série IV^e, vol. XX, p. 472.

(7) Mac Donnell, *Dublin Journal*, jan. 1845, analysé dans les *Archives génér. de médéc.*, série IV^e, vol. VII, p. 484.

traire, le lieu de la déchirure avait lieu au-dessous de la crosse (Follin) (1), ou bien sur la crosse même, près de l'émergence du tronc brachio-céphalique, ou de l'artère sous-clavière, ou de la carotide gauche, comme dans les observations de Bennett (2), Pirrie (*loc. cit.*), Guthrie (3).

L'étendue de la déchirure de membrane interne varie d'une manière assez notable; en général, suivant Peacock, elle est du quart ou de la moitié de la circonférence du vaisseau. La plupart des faits que nous avons analysés présentent, en effet, une déchirure de la membrane interne de l'aorte de cette étendue. Peu de faits montrent cependant une déchirure aussi complète que celui que nous devons à M. Goupil; je ne saurais lui comparer, pour l'étendue de la déchirure, que la pièce d'anatomie pathologique décrite par Rokitsky. Cependant, il faut ajouter que, dans ces deux cas, la déchirure des tuniques n'était pas complète. Dans la pièce que nous décrit M. Goupil, on voyait encore une petite languette qui maintenait le bout inférieur fixé au bout supérieur, tout en leur permettant un certain écartement des deux extrémités du vaisseau. Dans le fait de Rokitsky, l'aorte présentait au-dessus de ses valvules une déchirure transversale de ses tuniques moyenne et interne, ne laissant qu'une languette située à la partie postérieure du cylindre artériel qui empêchait l'éloignement complet des deux extrémités divisées. L'existence de ce fragment n'est pas sans importance, et à voir la rareté extrême, je n'ose dire l'absence complète, de faits de déchirure absolue de toute la circonférence de la tunique moyenne et interne, il est possible de se demander si, sur un gros vaisseau comme l'aorte, la tunique celluleuse seule pourrait supporter le choc du sang? Ces faits constitueraient alors un intermédiaire entre l'anévrysme disséquant proprement dit et la rupture complète de l'aorte. On connaît la propriété rétractile du tissu élastique des artères: en l'absence de la languette signalée dans ces deux cas, ne verrait-on pas également le bout supérieur se rétracter, la lumière du vaisseau s'affaisser et le passage du sang dans les artères naissant de la crosse de l'aorte, devenir difficile

(1) Follin, *Bulletins de la soc. anatom. de Paris*, année 1849.

(2) Bennett, *Transactions of the royal London medico-surgical society*, 1849.

(3) Guthrie, *On the diseases and injuries of arteries*, p. 48.

lorsqu'une ouverture anormale ne fait pas communiquer de nouveau le canal de ces vaisseaux avec l'anévrysme disséquant qui se propage jusque sur leur continuité ?

En effet, il n'est pas rare d'observer dans ces anévrysmes variqueux une étendue considérable du décollement des tuniques artérielles : il peut s'étendre à une partie de l'aorte ou à son trajet, se propager sur les branches qui en émanent, puis enfin séparer les tuniques cellulaires et moyenne dans une partie de leur circonférence ou tout autour du vaisseau. Il existe à ce sujet une foule de variétés. C'est le fait de Rokitansky qui présente l'étendue la plus énorme de la dissection : commençant un peu au-dessus des valvules aortiques, elle s'étendait sur tout le trajet de l'aorte, sur une partie même des iliaques, sur le tronc brachio-céphalique, la carotide primitive, la sous-clavière droite et ses gros rameaux, et enfin, sur la plupart des branches artérielles qui, partant de l'aorte, se ramifient dans la poitrine ou dans l'abdomen. Dans le fait de M. Goupil, la dissection est un peu moins étendue, puisqu'elle ne s'étend que sur l'aorte ascendante et la carotide gauche. Il n'est pas rare, à beaucoup près, de voir cette extension de l'anévrysme disséquant aux branches de l'aorte; on l'observe sur le tronc brachio-céphalique dans l'observation de Guthrie et de M. Cruveilhier (1), sur les carotides dans celles de Mac Donnell, Rokitansky, Todd et Thompson; enfin les artères mêmes de l'abdomen présentaient cette dissection des tuniques dans le fait rapporté par Laënnec. A côté de ces dissections étendues de l'aorte et de ses branches, on voit, dans d'autres cas, le décollement des artères ne se propager qu'à peu de distance, dans l'étendue de 1 pouce; comme dans le fait de M. Follin; enfin 1/3 de pouce seulement dans celui de Forster. Nous ne rapporterons pas ici l'analyse de tous les faits que nous avons étudiés; nous pouvons résumer ce travail en un mot, en disant que le sang décolle le plus souvent les tuniques artérielles dans une partie de l'aorte ascendante seulement, fait qu'explique la fréquence indiquée plus haut de la déchirure de la membrane interne près de la naissance de ce vaisseau.

En étudiant le décollement des tuniques artérielles suivant la circonférence même du vaisseau, on voit qu'il peut présenter

(1) Cruveilhier, *Bullét. de la soc. anatôm. de Paris*, année 1866, p. 227.

plusieurs aspects différents, ou bien n'offrir qu'un canal étroit rampant sur un des côtés de l'aorte, ou bien enfin qu'il peut constituer un canal libre emboîtant, pour ainsi dire, dans son intérieur le cylindre primitif, quelquefois complètement libre, d'autres fois réuni seulement à la tunique celluleuse par quelques points isolés. On pourrait citer de nombreux exemples de la première espèce d'anévrysmes disséquants : ce canal, le plus souvent, occupe une seule face de la circonférence du vaisseau artériel ; mais dans quelques cas rares, le canal de nouvelle formation rampe autour du cylindre artériel comme une sorte de spirale ; ainsi il est dit dans l'observation de Laënnec (*loc. cit.*) que le décollement n'était pas complet, et n'occupait pas les deux tiers ou la moitié de la surface du cylindre artériel, et tournait par moments autour de ce cylindre. Dans d'autres cas, avons-nous dit, tout le pourtour de l'aorte est séparé de la tunique celluleuse, comme dans le fait que nous a montré M. Goupil ; en effet, depuis la naissance de l'aorte jusqu'au delà de la crosse, la dissection était complète ; néanmoins, dans ce dernier point, la tunique moyenne était encore maintenue en rapport avec l'externe par les gros vaisseaux émergeant de ce point, le tronc brachio-céphalique et la sous-clavière gauche ; au contraire, sur la carotide gauche existait une extension de l'anévrysme disséquant. D'autres fois, enfin, la dissection n'est pas complète, mais par un autre motif. Vous savez l'influence que les plaques dites calcaires, développées au-dessous de la membrane moyenne, exercent sur les diverses tuniques des artères ; il en résulte une adhérence anormale entre ces feuillets, adhérence qui empêche la dissection des deux tuniques externes de s'étendre dans tout le trajet du vaisseau. C'est ce qu'on observait dans la pièce décrite par Rokitansky.

Ce canal communique avec l'artère aorte par une ouverture dont nous avons indiqué le siège. Cette ouverture offre cela de particulier, qu'elle est le plus souvent transversale ; très rarement elle a été rencontrée verticale, plus rarement encore oblique et sinueuse, comme dans le cas de Goddard. Les bords de la fente qui fait communiquer l'anévrysme disséquant avec le canal même du vaisseau sont presque toujours lisses, paraissent souvent comme coupés avec un instrument tranchant, et tel est en effet le terme de comparaison auquel ont recours beaucoup d'auteurs pour donner une idée des bords de la solution de continuité.

L'aorte, au voisinage de la rupture, n'offre pas toujours, à beaucoup près, les ulcérations que l'on pourrait soupçonner exister et devenir la cause de la déchirure de ses parois; sur la pièce de M. Goupil, nous voyons le cylindre intérieur formé par la tunique moyenne et interne de l'aorte ne présenter aucune altération, pas de plaques calcaires ou d'épaississement quelconque; au contraire, ces mêmes lésions se rencontrent sur l'aorte descendante, c'est-à-dire au delà de la déchirure. Ce fait de l'intégrité des parois artérielles au niveau de l'anévrysme disséquant n'est pas à beaucoup près rare; il en était de même sur une des pièces de Peacock et sur celles de Guthrie et Nivet. Plus souvent cependant ces parois sont altérées, épaisses, soit au niveau de la déchirure, soit plus loin; enfin, l'affection des valvules aortiques n'est pas à beaucoup près constante, elle manque même aussi souvent qu'elle existe: dans l'observation de Forster, l'aorte, outre l'anévrysme disséquant, présentait sur une autre partie de son trajet un anévrysme sacciforme.

Le cœur fut trouvé dans presque tous les cas hypertrophié, ses cavités gauches dilatées, les parois épaisses. Sur la pièce de M. Goupil, l'épaississement et l'agrandissement paraissent simultanément sur les deux cavités ventriculaires. Cette altération du centre circulatoire est-elle primitive ou secondaire? C'est une question à laquelle ni la symptomatologie, ni l'anatomie pathologique ne peuvent répondre d'une manière satisfaisante.

Nous rattachons à l'anatomie pathologique un des accidents de ces anévrysmes disséquants de l'aorte, accident qui cause fréquemment la mort subite du malade: nous voulons parler de la rupture de l'anévrysme dans une cavité voisine. C'est ainsi qu'on a vu ces anévrysmes se rompre dans le péricarde; c'est même l'espèce de rupture la plus commune: on le comprend facilement d'après la connaissance du siège habituel de la déchirure des membranes internes. D'ailleurs, la faiblesse de la tunique celluleuse dans ce point, le peu d'extensibilité du feuillet séreux du péricarde, expliquent assez bien la fréquence de cet accident. Nous citerons comme des exemples de cette terminaison les faits de MM. Cruveilhier, Follin, Forster, Goddard, Mac Donnell, Moreau, Nivet et Thompson.

Dans un seul cas (Pirrie), nous avons vu la rupture se faire

dans l'artère pulmonaire ; une autre fois dans l'oreillette droite (Tripe) ; enfin, dans quelques cas dans la plèvre gauche.

Toujours dans les faits que nous venons de citer, c'était l'anévrysme disséquant lui-même qui se déchirait : dans le fait de Guthrie, la rupture avait lieu sur le trajet du tronc brachio-céphalique.

Telles sont les principales lésions que présente le système circulatoire dans le cas d'anévrysme disséquant.

Avant de terminer cette étude, il convient de vous dire quelques mots de la lésion d'un autre organe, lésion que nos connaissances en anatomie pathologique pouvaient nous faire prévoir. Vous connaissez l'influence que la suppression ou la gêne de la circulation dans une ou dans deux carotides, exerce sur le cerveau ; vous connaissez les accidents funestes, les ramollissements et les apoplexies cérébrales qui furent provoqués par des ligatures des carotides ; or ce même effet a été produit par l'anévrysme disséquant de l'aorte s'étendant sur la carotide : ainsi vous verrez une apoplexie cérébrale concomitante indiquée dans l'observation de M. Bennett, et un ramollissement du cerveau dans celle de M. Todd.

En vous parlant des lésions de l'anévrysme disséquant, en vous citant quelques passages de nos confrères anglais, vous avez peut-être remarqué que j'indiquais le décollement comme existant entre les lames de la tunique moyenne du vaisseau : cela mérite une explication. Je ne crois pas, d'après ce que j'ai vu ou lu, que ce siège de l'anévrysme disséquant soit le plus commun ; mais, en présence d'opinions contraires basées sur des pièces anatomiques que je n'ai pas vues, je dois me garder d'une opinion exclusive. Dans son premier mémoire, Peacock a cherché à démontrer que le sac anévrysmal se forme toujours entre les deux feuillets de la tunique moyenne ; de telle sorte, qu'une couche de tissu élastique demeurant adhérente à la tunique externe, car cette dernière, dit-il, ne pourrait pas, le plus souvent, supporter le choc du sang. Nous attachons peu d'importance à cette question du siège exact de l'anévrysme disséquant, par la raison suivante, que nous croyons à l'impossibilité de sa solution ; en effet, le tissu élastique que l'on trouvera à l'autopsie appliqué contre la tunique celluleuse ancienne, ne prouve rien depuis que

nous croyons, pour le savoir par des faits inattaquables, à la production nouvelle de ce tissu.

Dire que l'étiologie de cette espèce d'anévrysme est fort peu connue, c'est répéter ce que le médecin est contraint d'avouer presque chaque fois qu'il parle d'une affection du domaine de la pathologie interne. Ici ce sont principalement les efforts, les causes traumatiques que l'on accuse, comme les observations citées par Goddard, Guthrie et Pennock. La connaissance des causes prédisposantes est également peu avancée; nous n'en citerons qu'une seule, l'âge avancé des malades, dans la plupart des observations (de 45 à 76 ans). Nous n'avons pas trouvé que cette forme d'anévrysme fût plus fréquente chez l'homme que chez la femme; d'ailleurs, le nombre des cas publiés est trop peu considérable pour que la statistique puisse donner aucun renseignement satisfaisant à cet égard.

J'aurai peu de chose à vous dire des symptômes de l'anévrysme disséquant; leur énumération est fort brève et souvent incomplète dans la plupart des observations. Le début de la maladie est souvent annoncé par des accidents intenses qui attirent l'attention des malades. Ainsi, nous lisons dans l'observation de M. Goupil, que son malade fut atteint, sans aucun phénomène précurseur, d'un étourdissement, tomba sans connaissance, puis éprouva une grande dyspnée et semblait près d'étouffer. Dans le fait de Forster, le malade éprouva tout à coup une grande faiblesse et une vive douleur au scrobicille du cœur. La perte de connaissance fut le symptôme initial chez les malades de Rokitsansky, de Thompson, comme chez celui de M. Goupil; mais le phénomène le plus fréquemment indiqué à beaucoup près comme étant le phénomène initial, est une douleur vive, atroce dans quelques cas, au niveau du scrobicille du cœur ou sous le sternum. Il ne faudrait pas croire que le début de la maladie fût toujours marqué par des accidents aussi tranchés; quelquefois, comme dans le fait observé par Laënnec, les phénomènes sont si peu intenses qu'on porte le diagnostic suivant: Embarras gastrique chez un homme menacé d'apoplexie. Dans ce cas, comme le dit l'illustre inventeur de l'auscultation, le pouls était dans l'état naturel, la respiration parfaitement libre et rien ne faisait soupçonner que cet homme eût une maladie du cœur. Dans la plupart des cas, les symptômes

locaux ou généraux de l'anévrysme disséquant n'offrent rien de spécial. Nous avons pu, l'année dernière, au moment où le malade de M. Goupil entra pour la première fois dans les salles de M. Briquet, l'examiner nous-même, et les symptômes indiqués dans l'observation nous avaient fait reconnaître, avec plusieurs autres médecins, un anévrysme de l'aorte. La dyspnée, les palpitations sont les phénomènes le plus fréquemment observés; les signes obtenus par l'auscultation étaient, chez le malade de M. Goupil, ceux d'un anévrysme de l'aorte avec insuffisance aortique, double bruit de souffle sur le trajet de l'aorte et à la base du cœur; la percussion faisait reconnaître dans ce point une matité large et étendue en hauteur. Ajoutez à ces symptômes ceux qui proviennent de la compression exercée par l'anévrysme sur les organes environnants, bronches et veines, ceux qui résultent de l'altération consécutive du cœur, et vous aurez un tableau à peu près complet des accidents généraux ou locaux. En un mot, on trouve dans l'anévrysme disséquant de l'aorte la plupart des symptômes que présentent les anévrysmes soit sacciformes, soit par dilatation simple de l'aorté.

Un seul ordre de symptômes mérite d'être noté spécialement, ce sont ceux que fait reconnaître l'examen des fonctions cérébrales. Le malade observé par M. Goupil fut atteint de délire dans les derniers temps de sa vie; une altération des fonctions intellectuelles moins intense, mais plus permanente, existait aussi chez le malade dont Laënnec nous a transmis l'histoire. Le malade, dit Laënnec, était immobile dans son lit; mais il pouvait cependant remuer également à volonté tous les membres; lorsqu'on levait un bras, le malade semblait l'oublier quelques instants dans cette position, et le retirait ensuite ou même le laissait retomber. Plus tard enfin, on note une légère tristesse, et enfin, dans les dernières quarante-huit heures, une insensibilité marquée des bras sans perte du mouvement. Enfin, dans le fait de Thompson, les accidents étaient plus ceux d'un épanchement apoplectique encéphalique que d'une maladie du cœur. Si ces symptômes cérébraux provenant d'un dérangement de la circulation cérébrale viennent à être dépassés vous aurez les accidents de l'apoplexie ou du ramollissement. Il est important de remarquer que, dans le fait de M. Goupil, comme dans celui de Thompson, l'anévrysme disséquant s'étendait sur le trajet d'une des

carotides. Nous connaissons trop la fréquence des symptômes cérébraux nommés sympathiques dans une foule de maladies pour prétendre expliquer ces accidents par un obstacle constant dans la circulation du sang à travers les vaisseaux du col, cependant nous avons cru utile de signaler ce rapprochement, cette condition anatomique pouvant ne pas être sans influence sur le dérangement des fonctions cérébrales.

La durée de la maladie qui nous occupe est fort variable. Peacock nous a donné, relativement à la durée, l'analyse de 24 cas connus dans la science. Voici cette analyse :

Sur 24 cas la mort est survenue immédiatement, dans 13 cas par la déchirure du sac.

Dans 5 cas le malade vécut 24 heures.

1 cas	—	—	2 jours.
2 cas	—	—	3 jours.
2 cas	—	—	4 jours.
1 cas	—	—	10 jours.
1 cas	—	—	9 mois.
1 cas	—	—	8 à 9 ans.

Enfin, nous ajouterons que, dans le cas de M. Goupil, le malade vécut 11 ans.

Au moment où nous revoyons les épreuves, nous avons pu lire un mémoire intéressant de M. le professeur K. Rokitansky (*Ueber einige der Wichtigsten Krankheiten der Arterien*, dans les *Bulletins de l'académie des sciences de Vienne*). Tout un chapitre de ce travail récent a trait à l'anévrysme disséquant et contient de nombreuses observations propres à l'auteur.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

XXVIII^e ANNÉE.

Bulletin N^o 10. — Octobre 1853.

RÉDIGÉ

PAR M. FOUCHER, SECRÉTAIRE.

SOMMAIRE.

Description d'un fœtus monstrueux d'une espèce nouvelle, par M. Bouteillier, de Rouen.

Observation. Chute d'un lieu élevé, fractures multiples, déchirure de l'aorte et du poumon, par M. Bailly, interne des hôpitaux. — Rapport sur l'observation précédente, par M. Gaujot, interne.

Observation d'une hernie vaginale funiculaire, par M. Bidard, interne des hôpitaux.

PRÉSIDENCE DE M. CRAUVILLIER.

*Description d'un fœtus monstrueux d'une espèce nouvelle,
par M. le docteur JULES BOUTEILLIER, de Rouen.*

Détails relatifs à la naissance du fœtus. — Madame Martine, sage-femme à Auffay, fut appelée, le 25 janvier 1852, à Hengleville-sur-Scie (arrondissement de Dieppe, Seine-Inférieure), auprès d'une ouvrière, Éléonore-Julie Quesnel, âgée de vingt-huit ans, qui était en mal d'enfant. Cette femme était dans la dernière misère; elle appartient à la classe des ouvrières de fabrique qui vont de pays en pays pour chercher de l'ouvrage. Pendant sa grossesse, elle a nourri un de ses enfants et a éprouvé de nombreuses et de grandes privations. Elle n'a jamais porté de corset. Nous ne savons rien sur les parents de cette femme et nous ne pouvons dire si quelques uns d'entre eux ont présenté des difformités plus ou moins utiles à connaître, pour le cas actuel.

Quant à elle, examinée avec soin par madame Martine, elle fut trouvée bien conformée; son bassin présentait les dimensions normales. Elle n'a eu que deux enfants qui sont bien portants et d'une conformation naturelle. Le père, Martin (Jean-Marie), âgé de vingt-sept ans, est fleur et n'est pas difforme.

Le dernier accouchement, celui qui s'est terminé par la sortie du monstre qui nous occupe, s'est fait à huit mois et demi et a été très facile; les douleurs n'ont duré que deux heures.

Le fœtus, dont les mouvements avaient été sentis jusqu'aux deux derniers jours exclusivement, est sorti la tête la première. Il était vivant, au dire des personnes présentes; la sage-femme qui avait touché la mère, au début du travail, était absente au moment de la naissance; toutefois, à son retour, elle a constaté que l'enfant, qui était déjà mort, était tellement ferme, vermeil et chaud, qu'elle croit volontiers qu'il est venu au monde vivant, ainsi qu'on le lui a rapporté. La délivrance s'est faite comme de coutume, et les couches ont été fort heureuses.

Le fœtus fut conservé par madame Martine dans un liquide dont j'ignore la nature. Ce liquide n'avait malheureusement pas de propriétés conservatrices suffisantes, car lorsque le petit monstre me fut envoyé, plus d'une année après, quelques uns de ses viscères étaient déjà en partie corrompus. Du reste, la peau et les formes extérieures étaient assez bien conservées. Avant de procéder à la dissection, je fis exécuter un modèle en plâtre que j'envoie à la Société anatomique.

Conformation générale du fœtus. — Ce qui frappe au premier coup d'œil, c'est la réunion de la tête et du tronc, sans qu'il y ait entre ces deux parties rien qui ressemble à un cou: c'est ensuite la direction de la tête qui, immobile au-dessus du tronc, est légèrement rejetée en arrière. C'est enfin la petite étendue de la partie postérieure du tronc; mais un examen attentif fait découvrir une foule de détails qu'il est utile de décrire avec précision.

Pour cette description, je supposerai toujours le sujet placé dans la position verticale.

Sa hauteur est de 25 centimètres; du menton à l'ombilic, qui est le point le plus bas du tronc, il y a 9 centimètres et demi; de l'ombilic à l'extrémité des pieds, 8 centimètres; enfin du menton au point le plus élevé de la tête, 8 centimètres.

Fig. 4.



La grande figure représente la conformation extérieure du monstre vu de trois quarts; et réduit à demi-nature. La petite figure représente la face postérieure du corps.

La tête, moins développée que celle d'un enfant à terme, présente

sente une circonférence moyenne de 29 centimètres. La face, dont les traits sont assez réguliers, regarde légèrement en haut et en avant. Le pavillon de l'oreille, ouvert en avant, est situé beaucoup plus bas que de coutume ; il est presque sur le même plan que le moignon de l'épaule, qui n'est éloigné de lui que de 1 centimètre et demi ; il en résulte un aspect fort bizarre. De l'un à l'autre conduit auditif externe, se voit, sur le moule en plâtre que j'ai envoyé à la Société, une rainure assez marquée, mais cette rainure est artificielle ; elle est le résultat du mode de suspension que l'on a adopté pour conserver le fœtus dans une préparation plus ou moins alcoolique.

À la partie postérieure, un peu à droite, au niveau de la jonction de la tête et du tronc, se trouve un petit céphalæmatome de la grosseur d'une aveline (la dissection a montré plus tard que l'épanchement sanguin n'est pas en contact avec la table externe de l'os ; il en est séparé par une membrane contiguë au périoste).

Le cou est remplacé par une rainure à peine sensible entre la tête et le tronc. Encore cette dépression n'existe-t-elle pas entre le menton et la fourchette sternale ; la peau est tendue de l'un à l'autre ; la distance qui sépare ces deux points n'est pas beaucoup augmentée, quoique la tête soit fortement renversée en arrière.

Le tronc est extrêmement bizarre ; il a à peu près la forme d'un cube dont la face supérieure supporte la tête, et ne peut être vue sans dissection. La face antérieure, aplatie, mesure 6 centimètres et demi environ de largeur et 7 centimètres en hauteur ; elle comprend le plastron de la poitrine et la partie de l'abdomen qui s'étend depuis l'appendice xiphoïde jusqu'à l'ombilic. La face inférieure est convexe, peu étendue ; on y voit d'avant en arrière : 1° l'ombilic ; 2° la partie inférieure de l'abdomen, dont la direction est oblique de bas en haut et d'avant en arrière ; 3° la vulve. Le point le plus bas est l'ombilic, de telle sorte qu'un plan horizontal passant à ce niveau viendrait couper les deux cuisses à leur partie moyenne. Les faces latérales du tronc, légèrement convexes, sont aussi étendues en hauteur que la face antérieure, mais de moitié moins larges qu'elle. Enfin, la face postérieure, ayant à peine 5 centimètres en tous sens, s'étend depuis la rainure dont j'ai déjà parlé jusqu'à la commissure postérieure du vagin. Elle a la forme d'un petit quadrilatère à peu

près carré, dont les angles inférieurs sont occupés par la moitié supérieure de chaque cuisse ; en un mot, il n'y a pour ainsi dire pas de tronc en arrière ; absence de cou, absence de dos, absence de lombes et présence du bassin seulement. C'est sur cette face, et non pas à la face inférieure du tronc, que se rencontre l'anūs, à 4 centimètres et demi de la tête.

Les membres thoraciques n'offrent rien de bien particulier à signaler. La longueur du membre droit est de 15 centimètres et demi, en mesurant du moignon de l'épaule à l'extrémité des doigts. Le membre gauche a 17 centimètres ; tous deux sont d'une grosseur proportionnée au volume de la tête. Les bras ont 7 centimètres de circonférence.

Les épaules sont un peu portées en avant, par suite de la position de la tête. Les bras sont appliqués contre le tronc, et les avant-bras fléchis reposent sur la partie antérieure et supérieure de l'abdomen.

Les membres abdominaux, par suite d'une légère flexion des jambes sur les cuisses, forment un losange par le rapprochement des deux talons, qui sont portés en dedans et en haut ; les orteils sont dirigés en bas et la face plantaire des pieds regarde en avant et en haut. Leur bord péronéal est devenu inférieur, et leur bord tibial, supérieur. Ce sont deux pieds-bots varus très prononcés.

On sait qu'il n'y a rien de plus commun que le pied-bot chez les monstres, ce qui est contraire à la théorie du pied-bot congénial, expliqué par une position vicieuse.

La longueur générale de chaque membre pelvien est de 15 centimètres et demi.

Ces membres sont grêles, la jambe n'est pas plus grosse que le doigt auriculaire d'un adulte.

Le poids total du fœtus m'est inconnu ; comme on l'a vu plus haut, il n'a été en ma possession que longtemps après la naissance et le peser à cette époque eût été chercher un document erroné.

Après avoir étudié le monstre à l'extérieur, j'ai procédé à la dissection avec le plus grand soin. Je n'ai préparé le squelette qu'en dernier lieu. C'est pourtant par là que je commencerai ma description.

2° *Dissection du fœtus*. — On vient de voir que, dans sa con-

figuration extérieure, notre fœtus présente des singularités remarquables. La dissection, tout en expliquant en grande partie ces singularités, révèle une conformation étrange et vraiment inattendue.

A. *Etat du squelette*. — Considéré d'une manière générale, le squelette offre au premier abord une apparence des plus insolites. Il semble que la colonne vertébrale manque complètement et que les os du bassin s'articulent directement avec l'occiput. Une étude plus attentive montre bientôt qu'il n'en est rien ; que la colonne vertébrale existe, mais qu'elle est tellement déformée, tellement modifiée, qu'elle remplit un rôle tout à fait différent de son rôle ordinaire.

Tête et colonne vertébrale. — Les os de la face sont assez bien conformés. Le squelette de la tête, examiné en avant, ne diffère de l'état normal que par la situation des cercles tympanaux (voyez fig. 2). Ceux-ci regardent en avant au lieu de regarder en dehors ; de plus, ils sont rapprochés de la ligne médiane ; on les aperçoit au-dessous des arcades zygomatiques, immédiatement en dehors des branches du maxillaire inférieur.

Les os du crâne sont bien conformés en avant. Les pariétaux, les frontaux, l'ethmoïde, le sphénoïde, ne laissent rien à désirer ; les temporaux sont presque dans le même cas ; toutefois, ils ont subi en arrière un certain degré d'écartement qui se comprendra mieux tout à l'heure, et qui, dès maintenant, nous explique pourquoi la direction des cercles tympanaux est changée.

Somme toute, parmi les os du crâne, il n'en est qu'un seul qui présente de graves désordres ; c'est l'occipital. Mais avant de décrire l'état de cet os, il est nécessaire de rappeler certains détails d'ostéogénie normale.

Au moment de la naissance, l'occipital se compose de quatre pièces distinctes, unies par une substance cartilagineuse. Ce sont : 1° en avant et en bas, l'*os basilare* ou *sous-occipital* (1), étendu depuis le corps du sphénoïde jusqu'au trou occipital dont il limite le bord antérieur ; 2° en arrière et en haut, l'*écaille occipitale*, ou *sur-occipital*, étendue de la fontanelle postérieure jusqu'au trou occipital dont il limite le bord postérieur ; 3° sur les

(1) Pour plus de détails sur cette question, voy. Geoffroy-Saint-Hilaire le père, *Philosophie anatomique*, 1823, in-8, t. II.

côtés, enfin, les deux *occipitaux externes* ou *ex-occipitaux*, formant à droite et à gauche la limite latérale du trou occipital,

Fig. 2.



unissant de chaque côté l'os basilaire à l'écaille occipitale, supportant les condyles et s'articulant en dehors avec les rochers, en bas avec les masses latérales de l'atlas.

Telles sont les quatre pièces qui constituent l'occipital, et qui

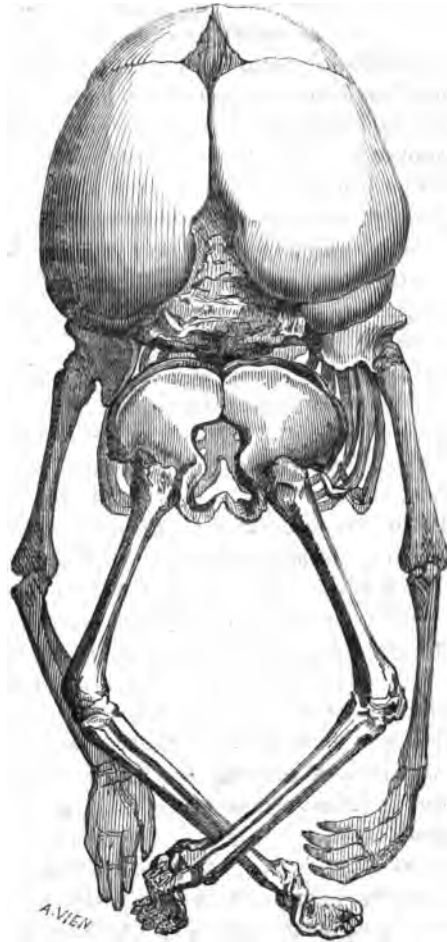
sont très distinctes encore au moment de la naissance. Mais ce n'est point tout; l'écaille elle-même se développe par plusieurs points osseux dont la fusion très précoce ne laisse bientôt d'autre trace de son existence que la crête médiane et les gouttières latérales de l'occipital. On pourra lire, dans le passage sus-mentionné de G.-Saint-Hilaire, les discussions qui ont été soulevées par ce point d'ostéogénie. On y verra en même temps que la plupart des observateurs s'accordent à reconnaître que l'écaille occipitale est formée de deux moitiés symétriques, toujours confondues de très bonne heure dans le développement régulier, mais susceptibles, en cas d'anomalie, de rester à jamais distinctes l'une de l'autre. Lorsqu'il en est ainsi, l'occipital se compose, non plus seulement de quatre pièces, mais bien de cinq pièces distinctes.

Ces détails vont nous permettre de comprendre l'état de l'occipital sur notre fœtus monstrueux, et, pour le dire dès maintenant, nous allons voir que cet os, par suite d'un obstacle ou d'un accident survenu dans son évolution, est resté composé de cinq pièces qui sont de bas en haut et d'avant en arrière : l'os basilaire placé sur la ligne médiane; les deux occipitaux externes placés comme toujours sur les côtés du trou occipital, ou de ce qui en tient lieu; enfin, les deux sur-occipitaux, c'est-à-dire les deux moitiés de l'écaille occipitale, écartées l'une de l'autre au lieu d'être confondues en une seule pièce comme cela a lieu à l'état normal (voyez fig. 3).

En suivant d'avant en arrière la suture sagittale, on arrive à une fontanelle qui occupe la situation, et qui représente assez bien la forme de la fontanelle postérieure; elle est limitée latéralement par les bords obliques des pariétaux, et inférieurement par un ensemble de pièces osseuses qui a pris la place de l'écaille occipitale. Comme elle, en effet, cet ensemble de pièces osseuses a la forme d'un triangle dont le sommet aboutit à la fontanelle postérieure, et dont la base s'étend jusqu'à la base du crâne. Quant à l'écaille occipitale elle-même, il semble au premier abord qu'elle n'existe pas; mais une étude plus approfondie montre que cette première appréciation est inexacte. On peut voir, sur la figure 3, à la partie la plus inférieure et la plus externe de la boîte crânienne, en dehors de la surface triangulaire précédemment indiquée, au-dessous des pariétaux, en dehors et en arrière des temporaux (comparez avec la figure 4), on peut

voir, dis-je, en ce point, de chaque côté de la ligne médiane, une bosse assez saillante correspondant à chacune des moitiés de

Fig. 3.



l'écaïlle occipitale. Cette interprétation est rendue évidente par une coupe transversale et horizontale de la voûte du crâne, permettant d'étudier la surface interne de la boîte crânienne. Voici ce qu'on aperçoit alors :

La base du crâne est très bien conformée en avant, jusqu'au

niveau d'une ligne transversale passant par les deux rochers. A partir de ce point, elle offre les plus-étranges anomalies.

Le trou occipital n'existe pas : à sa place, et, derrière le lieu qu'il devrait occuper, se trouve une fosse profonde, médiane, dont le fond est constitué par un grand nombre de petits os qui sont autant de vertèbres, comme on le verra tout à l'heure. Cette fosse, étroite en bas et en avant, où elle est limitée par l'os basilaire, s'élargit peu à peu d'avant en arrière, puis de bas en haut, jusqu'au niveau de la nuque, après quoi elle se rétrécit graduellement de bas en haut jusqu'à la fontanelle postérieure, qu'elle concourt à former. Au niveau de cette grande fosse médiane, la boîte crânienne est constituée par un grand nombre de segments osseux, à direction transversale, parallèle les uns aux autres et exactement juxtaposés; ce sont les éléments de la colonne vertébrale, disposés et recourbés de telle sorte, que l'atlas correspond à l'os basilaire, et que le sacrum et le coccyx viennent prendre part à la formation de la fontanelle postérieure.

Cette portion vertébrale de la boîte crânienne est parfaitement symétrique et peut être comparée à un losange dont le grand axe est médian, et s'étend de l'os basilaire à la fontanelle postérieure, et dont le petit axe, transversalement placé au niveau de la nuque, a environ 4 centimètres $1/2$ de longueur.

C'est sur les bords de cette portion vertébrale du crâne que nous allons retrouver tous les éléments de l'occipital.

1° En avant et en bas, dans l'intervalle qui sépare les sommets des deux rochers, on aperçoit l'*os basilaire* dont la forme est peu altérée et dont les connexions sont normales. Le bord postérieur de cet os est libre et limite brusquement la dépression qui a pris la place du trou occipital; et son bord inférieur s'articule avec l'arc antérieur de l'atlas, comme cela a lieu dans la disposition la plus régulière.

2° En arrière et en dehors, cet os basilaire se continue de chaque côté avec un segment osseux de la nature des os courts, qui représente manifestement l'*occipital externe*. Ce segment, en effet, limite naturellement la fosse qui occupe la situation du rocher correspondant; en bas, avec la masse latérale de l'atlas, par l'intermédiaire des condyles occipitaux; il n'est donc pas douteux que ce segment ne représente de chaque côté l'*occipital externe*.

3° Enfin, cet occipital externe, par son extrémité externe et postérieure, se continue par l'intermédiaire d'une substance cartilagineuse avec un autre segment osseux de la nature des os plats. C'est ce dernier segment qui forme les deux bosses latérales et postérieures dont il a été question plus haut, et qu'on aperçoit sur la figure 3. Il concourt à limiter l'espace losangique qui occupe la place du trou occipital; en dehors, il s'articule de bas en haut avec le temporal et avec le pariétal; il présente donc la structure et les connexions de l'*écaille occipitale*, et il est certain que cette écaille est formée, sur notre fœtus, de deux moitiés latérales qui, au lieu de s'unir sur la ligne médiane, sont restées écartées de plusieurs centimètres, séparées l'une de l'autre par l'appareil vertébral.

Les os du crâne sont donc au grand complet; l'anomalie n'est pas constituée par l'absence de quelques uns de ces os, mais, bien au contraire, par la présence d'un grand nombre d'os qui forment ordinairement la colonne vertébrale, et qui prennent part ici à la formation de la boîte crânienne (fig. 4).

Voici ce qu'on constate lorsqu'on étudie les os du crâne, tant à l'extérieur qu'à l'intérieur. Précisons davantage maintenant la description de la colonne vertébrale, et parlons d'abord de sa configuration extérieure.

La colonne cervicale, étudiée par sa face antérieure (fig. 4), descend verticalement derrière le maxillaire inférieur; elle se compose de plusieurs petites vertèbres larges et minces, dont il n'est pas facile de préciser le nombre, attendu que les vertèbres les plus supérieures, très atrophiées dans le sens de la hauteur, se sont en partie confondues les unes avec les autres par suite de la dessiccation. Les vertèbres inférieures sont un peu plus développées, et la dernière en particulier, celle qui correspond à la septième, puisqu'elle précède immédiatement la première vertèbre dorsale, présente des dimensions assez notables. Elle est située un peu au-dessous du niveau du menton. La distance qui la sépare de l'os basilaire est un peu moindre que 2 centimètres.

La portion dorsale de la colonne vertébrale change brusquement de direction. Elle est horizontale, sa face thoracique regardant en bas, et sa face spinale étant dirigée en haut. Les vertèbres qui la constituent sont au nombre de douze. Elles donnent insertion à des côtes dont la direction relative est conforme au type

normal, c'est-à-dire perpendiculaire à l'axe de la colonne dorsale, mais dont la direction absolue est anormale; par suite, en

Fig. 4.



effet, de la déviation de cette colonne, les côtes sont devenues verticales. Ces côtes, très grêles, sont au nombre de douze du côté droit, de onze seulement du côté gauche; elles constituent

une cage thoracique fort peu spacieuse, que complète en avant un sternum assez régulier.

Au delà de la dernière côte commence la portion lombo-sacrée de la colonne vertébrale. Ici, l'atrophie devient de plus en plus forte, et il est de plus en plus difficile de déterminer le nombre des pièces osseuses. La direction de la colonne vertébrale change de nouveau et d'une manière assez brusque. Cette colonne se recourbe pour la deuxième fois et redevient verticale, ou, pour mieux dire, ascendante; il en résulte que la face antérieure de la colonne vertébrale, après avoir regardé en avant dans la région cervicale, puis en bas dans la région dorsale, regarde maintenant en arrière dans la région lombo-sacrée. Il en résulte encore que le sacrum et le coccyx, au lieu de constituer la partie la plus inférieure de cette colonne, se dirigent maintenant en haut, constituent la région de la nuque, et vont enfin aboutir à la fontanelle postérieure qu'ils concourent à former.

Dans toute cette partie de la colonne vertébrale qui s'étend du thorax au coccyx, ou, si l'on veut, de la dernière côte à la fontanelle postérieure, les vertèbres, très atrophiées dans le sens de leur épaisseur, sont difficiles à distinguer de leurs voisines. Toutefois, on peut sentir sur la ligne médiane, au niveau de chaque corps vertébral, une petite saillie transversale qu'il faut bien se garder de prendre pour une apophyse épineuse, et dont on pourra se faire une idée sur la figure 4.

Ainsi, on n'aperçoit à l'extérieur que la face thoraco-abdominale de la colonne vertébrale. La face spinale de cette colonne ne peut être aperçue, par suite du reploiement qu'elle a subi; pour savoir ce qu'elle est devenue, il est nécessaire d'examiner l'intérieur de la boîte encéphalo-rachidienne.

C'est dans cette grande fosse médiane, qui tient la place du trou occipital et de l'écaille occipitale, que nous retrouverons la face postérieure des corps vertébraux. Là, en effet, on voit une série de lames osseuses, transversales et légères, imbriquées l'une sur l'autre. Mais on cherche en vain les arcs postérieurs des vertèbres et leurs apophyses épineuses; ces parties, comme dans le *spina-bifida*, semblent ne pas exister. Il n'y a pas non plus de canal rachidien, ou plutôt ce canal ne forme plus qu'une large gouttière qui fait partie de la boîte crânienne. Les vertèbres, au lieu d'intercepter des anneaux, ne constituent que des arcs dont

la convexité est seule apparente à l'extérieur, et dont la concavité regarde vers l'intérieur de la cavité unique qui loge la totalité de l'appareil nerveux central. Quant aux extrémités de ces arcs vertébraux, elles viennent s'insérer sur les os du crâne, auxquels elles sont unies par une substance membraneuse fort résistante. Les arcs cervicaux aboutissent aux bords de l'occipital externe; les arcs dorsaux reposent sur les bords de l'écaille occipitale; enfin, les arcs lombaires et sacrés sont unis aux bords des pariétaux par l'intermédiaire de la membrane fibreuse qui constitue la fontanelle postérieure.

Pour avoir une idée approximative de cette étrange conformation, prenez un embryon bien conformé; supposez que le crâne et la colonne vertébrale soient fendus, comme par un coup de hache, depuis la suture sagittale jusqu'à l'extrémité du coccyx; écartez par la pensée les bords de cette division, de manière à convertir le canal rachidien en une simple gouttière, puis recourbez la colonne vertébrale et élevez le coccyx jusqu'au niveau des pariétaux, de manière à combler, au moyen des arcs vertébraux, le vaste hiatus qui existe sur la ligne médiane du crâne; supposez, enfin, que cet état de choses se produise à une époque assez peu avancée de la vie intra-utérine, pour que les os puissent s'unir les uns aux autres dans leur nouvelle position, et s'accoutumer ensuite, par leur développement ultérieur, aux conditions nouvelles auxquelles ils sont soumis, et vous aurez ainsi, non pas l'explication, mais au moins la représentation grossière de ce qui s'est passé chez notre fœtus monstrueux.

Il serait très possible, du reste, que cette fusion des cavités crânienne et vertébrale eût reconnu une semblable origine, et qu'elle fût la conséquence d'un spina-bifida gigantesque commençant à la suture sagittale, passant par le trou occipital et se terminant au coccyx.

Membres. — Le reste du squelette offre beaucoup moins d'intérêt; les os du membre thoracique sont bien conformés et d'un volume normal. Il n'y a à noter que la position spéciale des omoplates par rapport à la cage thoracique, position dont on se fera une idée en jetant les yeux sur les planches, et qu'il n'est pas nécessaire de décrire, parce qu'elle est simplement la conséquence de la déformation du thorax.

J'insisterai davantage sur la disposition des membres inférieurs.

Les os de ces membres sont assez grêles ; leur longueur est moindre que ne le comporterait le volume du fœtus. La direction des genoux, celle des pieds, qui présentent la forme *varus* la mieux caractérisée, ont déjà été indiquées plus haut, et je n'y reviendrai pas, parce que la dissection ne m'a rien montré de nouveau sur ces divers points.

Mais je m'arrêterai davantage sur la constitution et les connexions du bassin.

Les os iliaques sont considérablement déformés. La portion pubienne et la portion ischiatique sont très peu développées ; la portion iliaque, au contraire, est volumineuse et constitue la presque totalité de l'os. Elle forme une sorte de valve aplatie et planiforme, très différente de la disposition inégale et accidentée qu'on observe à l'état normal. A proprement parler, il n'y a pas de cavité pelvienne. Les deux os iliaques, unis en avant et unis aussi en arrière, interceptent un simple anneau qu'on ne peut en aucune façon comparer à un bassin. Cet anneau osseux n'est formé que par les deux os iliaques ; le sacrum, le coccyx n'y prennent aucune part. Toutefois, il existe entre l'anneau pelvien et la région sacrée de la colonne vertébrale, une connexion importante qui a exercé sur la forme extérieure du monstre une influence considérable. De la symphyse iliaque postérieure se détache un ligament gros et court qui va s'attacher au sacrum (fig. 4) ; or, ce dernier os, on ne l'a pas oublié, occupe la région de la nuque, immédiatement au-dessous de la fontanelle postérieure ; de telle sorte que les membres inférieurs semblent se détacher de la partie postérieure du crâne.

Nous avons dû longuement insister sur l'état du squelette, parce que nous y trouvons, pour ainsi dire, la clef des bizarreries étranges qu'on observe sur ce fœtus monstrueux. Nous serons beaucoup plus bref sur la description des autres appareils.

B. *Dissection des parties molles.* — En commençant cette description, je crois devoir rappeler que le fœtus était déjà gravement altéré lorsqu'il m'a été remis, et que l'étude des parties molles a malheureusement dû rester incomplète sur plusieurs points.

1° *Etat des muscles.* — On peut dire, d'une manière générale, que les muscles de ce fœtus sont aussi normaux que le com-

porte l'état du squelette. Je n'ai rien à dire de particulier sur les muscles de la face, des membres et de la partie antérieure du tronc. Quant aux muscles spinaux, ils offrent une disposition entièrement insolite. En effet, la face postérieure ou spinale de la colonne vertébrale manque presque complètement, comme dans le *spina-bifida*. Les lames et les apophyses épineuses, réduites à l'état rudimentaire, sont rejetées à droite et à gauche de la ligne médiane. Ces parties occupent les bords latéraux de l'appareil vertébral, et sont en connexion par conséquent avec les divers éléments de l'occipital. C'est là, sur la limite qui sépare les os du crâne des os de la colonne vertébrale, que viennent s'insérer les muscles spinaux, dont les origines forment, par conséquent, une double rangée linéaire et curviligne.

Il m'est impossible de dire si tous ces muscles existent. Je suis même porté à croire que beaucoup d'entre eux sont absents : mais l'état de putréfaction des parties ne me permet pas d'émettre à cet égard une affirmation. J'ai encore le regret de ne pouvoir décrire les muscles de la fesse et du bassin, muscles dont la disposition devait être assurément fort curieuse.

2° *Etat des viscères.* — Les viscères thoraciques et abdominaux sont presque complètement transposés.

Le cœur est situé à droite ; sa base est dirigée à gauche et sa pointe regarde du côté droit ; le ventricule pulmonaire est situé à gauche et au-dessous du ventricule aortique. Les cavités, du reste, m'ont paru normales.

Le poumon gauche est divisé en trois lobes, tandis que le poumon droit n'en présente que deux. L'aorte occupe le côté droit ; en un mot, l'inversion viscérale est complète au-dessus du diaphragme.

L'orifice œsophagien du diaphragme est situé à droite. Le grand cul-de-sac de l'estomac et la rate sont à droite ; le foie et le pylore sont à gauche. Le duodénum a sa forme la plus normale, mais sa convexité regarde du côté gauche.

Ici s'arrête l'inversion. La masse des intestins grêles va aboutir à la région iliaque *droite* où se trouve le cœcum. Le colon ascendant, le colon transverse, le colon descendant, présentent la disposition la plus normale ; l'S iliaque est située du côté gauche, et il en résulte que les diverses parties du gros intestin affectent des connexions insolites avec le foie, la rate, l'estomac, en un

mot, avec ceux des viscères abdominaux qui sont transposés. Le colon ascendant se recourbe sous la rate, au lieu de se recourber sous le foie ; le colon descendant commence sous le foie au lieu de commencer sous la rate, etc.

Il eût été intéressant de préciser la situation respective des gros vaisseaux dans l'abdomen ; de voir, par exemple, si la terminaison inférieure de la veine cave se faisait du côté du cœcum ou du côté de l'S iliaque. Cette dernière supposition me semble la plus probable ; mais l'état avancé de la putréfaction ne m'a pas permis d'acquérir une certitude sur ce point.

La forme bizarre du ventre, et en particulier la position toute spéciale de l'ombilic qui est situé plus bas que la vulve, enfin et surtout l'absence presque complète de cavité pelvienne, ont imposé à la vessie et à l'urètre une situation insolite.

Le sommet de la vessie regarde en avant et même un peu en bas vers l'ombilic. Sa face antérieure, à peu près horizontale, croise le bord supérieur du pubis sur lequel elle repose ; enfin ; son col regarde directement en arrière. Il en résulte que l'urètre se dirige d'abord d'avant en arrière ; au moment de se terminer, ce canal se recourbe légèrement de haut en bas et va s'ouvrir, non pas à la vulve, mais au-dessus de la vulve, sur la paroi antérieure du vagin. Par conséquent, l'urètre dirige sa concavité en bas au lieu de la diriger en haut et en avant.

3° *Appareil nerveux.* — L'état des parties ne m'a pas permis de disséquer les nerfs du tronc et des membres. J'ai dû me contenter d'étudier la disposition des centres nerveux et l'origine centrale des nerfs.

Le cerveau et le cervelet m'ont paru normaux, ainsi que leurs enveloppes immédiates et les prolongements de la dure-mère, qui forment la faux du cerveau et la fente du cervelet. L'état de ramollissement de la pulpe nerveuse m'a empêché de bien déterminer de quelle manière était constitué l'isthme de l'encéphale. Quant à la moelle épinière, je n'ai pu en trouver la moindre trace. A mon avis, elle manquait complètement.

Les nerfs encéphaliques sont normaux dans leur origine comme dans leur trajet. Ils existent tous, et sortent du crâne par des trous régulièrement placés. Je dois dire toutefois que je n'ai pas d'idée arrêtée sur le trajet des nerfs des deux dernières paires ; pour étu-

dier ce trajet, il aurait fallu sacrifier la pièce, et je n'ai pas voulu le faire.

Malgré l'absence de la moelle, les nerfs spinaux existent par paires symétriques, en nombre égal au nombre des vertèbres. En examinant la colonne vertébrale par sa face crânienne, on aperçoit de chaque côté, à environ 6 millimètres de la ligne médiane, au milieu à peu près de la distance qui sépare cette ligne médiane des bords de l'appareil vertébral, une rangée de petits filaments nerveux qui font dans la cavité crânienne une saillie de 1 à 2 millimètres. Ce sont là manifestement les origines centrales des nerfs rachidiens. Ils sortent de la cavité cérébro-spinale par de petits trous de conjugaison qu'ils remplissent exactement. L'étude de ces filaments nerveux nous fournit un renseignement important. L'appareil vertébral se trouve divisé par la double série des trous de conjugaison, en trois bandes parallèles. La bande médiane, comprise entre les deux rangées de trous, est constituée par l'ensemble des corps vertébraux. Les deux bandes latérales, situées en dehors des trous de conjugaison, correspondent par conséquent aux lames vertébrales. Celles-ci ne manquent donc pas, comme on serait tenté de le croire, à un examen superficiel. Seulement, au lieu de se rejoindre de manière à intercepter un anneau pour chaque vertèbre, elles demeurent écartées et rejetées sur les côtés, comme cela a lieu du reste pour les deux moitiés de l'écaille occipitale.

Un mot enfin sur les organes des sens. L'appareil de l'olfaction, celui de la gustation sont normaux. Le globe de l'œil a la forme et le volume ordinaires; mais il paraît dépourvu de cornée transparente. La partie de ce globe où devrait se trouver cette dernière membrane, semble occupée par la sclérotique. Il serait possible que cet état fût la conséquence de la macération du fœtus dans un liquide inconnu; j'en dirai autant de l'état du cristallin, qui est sphérique, très dur et opaque.

Quant à l'appareil auditif, je n'ai dû en étudier que les parties externes, afin de ne pas sacrifier la pièce. On a vu, dans la description extérieure du monstre, que les pavillons auriculaires sont placés au-dessous et en arrière des mâchoires, et rapprochés de la ligne médiane. Les cercles tympanaux regardent directement en avant. La membrane du tympan existe des deux côtés. A tra-

vers cette membrane on aperçoit très nettement le manche du marteau. Il est donc probable que les osselets de l'ouïe sont au complet, et que l'oreille interne est bien conformée.

J'ajouterai en terminant que les résultats de cette dissection ont été constatés avec moi par mon excellent confrère et ami le docteur Duclos.

OBSERVATION.

Chute d'un lieu élevé. — Fractures multiples. — Déchirure de l'aorte et du poumon. — Par E. Bailly, interne des hôpitaux.

Le 4 juin 1853, on apporte à l'hôpital Saint-Antoine un homme en proie à une anxiété très vive et à des douleurs abdominales assez violentes pour lui arracher des cris. Ce malheureux se trouvant, nous ne savons pas exactement pour quel motif, sous le coup d'une arrestation, avait tenté de s'ôter la vie en avalant une heure auparavant une assez forte quantité d'une dissolution de sulfate de cuivre. Sous l'influence d'un traitement approprié, ces accidents avaient été calmés rapidement, et le 9 juin un agent de police s'était présenté à l'hôpital, lorsque le malade, averti de sa présence, profita d'un instant où les yeux n'étaient point arrêtés sur lui pour se précipiter au dehors par une des fenêtres de la salle, située au second étage.

Plusieurs personnes se trouvaient auprès du bâtiment en ce moment; mais averties seulement de l'accident par le bruit de la chute, aucune d'elles ne remarqua dans quelle position se trouvait le corps en arrivant à terre, ni quelle partie toucha le sol la première. Lorsqu'on releva ce malheureux, il était sans mouvement et ne donna par la suite aucun signe de vie. La mort avait donc été le résultat immédiat de la chute.

Transporté dans le service chirurgical, je le vis quelques minutes après son entrée : les téguments étaient d'une grande pâleur, aucune des ouvertures naturelles ne laissait écouler de sang, et la peau était intacte dans toute son étendue. La seule lésion traumatique qu'il fût possible de constater consistait en une fracture comminutive de l'extrémité supérieure de l'humérus gauche suffisamment indiquée par la mobilité anormale de l'os en ce point, et la crépitation étendue qu'on produisait en lui imprimant un mouvement de rotation sur son axe.

L'autopsie fut faite quarante heures après la mort. On trouva les lésions suivantes : 1° du côté du système osseux, trois fractures transversales du sternum, la première située à la partie moyenne de la poignée, la seconde au-dessous de l'articulation des quatrièmes cartilages costaux, la troisième à un pouce au-dessous de la précédente, cette dernière taillée obliquement de haut en bas, d'arrière en avant, de telle sorte que le fragment inférieur était situé sur un plan un peu postérieur à celui du fragment supérieur. Au niveau de la seconde fracture, l'artère mammaire interne déchirée a donné naissance à un écoulement sanguin qui s'est accumulé au pourtour du vaisseau perforé.

Les dix dernières côtes du côté gauche sont fracturées un peu en dehors de leur tubérosité; plusieurs de ces fractures sont comminutives, et leur foyer communique avec la cavité de la plèvre à travers une déchirure de la séreuse. Des épanchements sanguins sous-pleuraux se sont formés dans le voisinage de ces solutions de continuité. Sur la quatrième et la sixième côte, on constate une seconde fracture transversale située à 5 millimètres en dehors de leur union avec le cartilage.

La colonne vertébrale n'a pas été épargnée : le corps de la première vertèbre lombaire est partagé horizontalement au niveau de sa partie moyenne. Les deux fragments paraissent avoir éprouvé un déplacement momentané, dû sans doute à l'action de la cause fracturante, et dont le résultat a été de rompre d'une manière presque complète le ligament vertébral commun antérieur. La dixième vertèbre dorsale est également le siège d'une solution de continuité, mais sans aucun déplacement des fragments.

Les apophyses transverses gauches des cinq vertèbres lombaires ont été elles-mêmes brisées à des distances variables du point où elles se réunissent à l'anneau vertébral; le sommet de l'une d'elles est séparé, du reste, de l'os; chez d'autres, c'est à la base qu'a lieu la division.

En portant le doigt dans l'excavation pelvienne du côté de la paroi postérieure, on suit facilement un fragment osseux mobile et dirigé vers le rectum. Ce fragment paraît formé aux dépens de la table interne du sacrum; mais le cadavre ayant été enlevé avant la fin de l'autopsie, on n'a pu reconnaître d'une manière exacte les rapports de ce fragment avec le reste de l'os.

Nous avons dit précédemment qu'une fracture comminutive de l'extrémité supérieure de l'humérus avait été reconnue pendant la vie ; l'examen direct a démontré qu'une première division horizontale existait au niveau du col chirurgical de l'os, que le fragment supérieur se trouvait à son tour partagé en trois fragments secondaires formés par la tête et chaque tubérosité.

Telles sont les lésions du système osseux qu'il a été donné de constater sur ce cadavre ; leur siège exclusif sur la moitié gauche du squelette nous fait supposer que le côté gauche du corps a porté le premier sur le sol en même temps que l'étendue des fractures porte à croire qu'elles résultent d'une cause directe. Les solutions de continuité observées sur le sternum ne paraissent pas cependant avoir été produites suivant ce mécanisme ; il semble plutôt que les côtes, poussées violemment en avant par la brusque rencontre du sol, mais toutefois mues par des forces différentes pour chacune d'elles, aient réagi avec une puissance inégale sur les différentes portions du sternum ; de là la production instantanée de courbures portées au point de causer la rupture de la lame que représente l'os de la poitrine.

Les altérations des parties molles ne sont ni moins nombreuses, ni moins intéressantes à étudier ; en détachant les insertions antérieures du diaphragme, on reconnaît une rupture des fibres musculaires de chaque côté du sternum ; en ce point, le péritoine a résisté et s'oppose seul à ce qu'une communication directe soit établie entre les deux grandes cavités du tronc. Une rupture plus étendue du même muscle existe en arrière et à gauche, près de ses insertions aux dernières côtes ; mais, ici, c'est la plèvre qui a été respectée et forme l'obstacle à la communication.

Le cœur, d'ailleurs intact, proémine légèrement dans la cavité pleurale à travers une déchirure qui règne dans toute la hauteur du péricarde à gauche ; mais l'aorte, à son origine, a subi dans sa demi-circonférence une déchirure de ses parois qui permet l'introduction facile du doigt dans la lumière du vaisseau.

C'est par cette voie que du sang qu'on trouve accumulé en grande abondance dans la plèvre gauche paraît s'être introduit dans cette cavité ; peut-être aussi doit-on rattacher à cette déviation du cours du sang dans les derniers moments de l'existence la pâleur très grande qu'offrait déjà la peau quelques minutes après la mort.

Dans le reste de son étendue, l'aorte, parfaitement saine, se trouvait entourée par une certaine quantité de sang qui infiltrait le tissu cellulaire du médiastin postérieur et paraissait avoir sa source dans les foyers nombreux des fractures costales; on pouvait apercevoir par transparence la voie que le liquide s'était frayée au-dessous de la séreuse décollée.

Les poumons, sains à leur partie antérieure, offraient au contraire en arrière des déchirures nombreuses, surtout sur le lobe inférieur du poumon gauche, et paraissant produites par les fragments aigus des côtes; mais à droite, où la rupture du tissu pulmonaire était plus profonde, et où cependant il a été impossible de constater un déplacement quelconque des extrémités costales qui seraient venues contondre le parenchyme pulmonaire et le déchirer, on devra peut-être considérer la lésion comme le résultat d'une commotion violente.

Aucun des organes contenus dans l'abdomen n'a éprouvé de rupture ou de perforation; les recherches faites dans le but de reconnaître quelles lésions de la muqueuse gastro-intestinale le poison avait pu produire, n'ont fourni qu'un résultat entièrement négatif.

*Rapport sur l'observation précédente, par M. Gaujot,
interne à l'Hôtel-Dieu.*

MESSIEURS,

J'ai à vous rendre compte aujourd'hui d'une présentation qui vous a été faite par M. Bailly, interne des hôpitaux.

Dans cette présentation, M. Bailly vous a montré les nombreuses lésions qui se sont produites pendant une chute sur le pavé, chez un individu qui s'était jeté d'une fenêtre du second étage dans l'hôpital Saint-Antoine.

La description des désordres trouvés à l'autopsie est contenue dans l'observation déposée par M. Bailly. Je dois cependant les rappeler rapidement, parce qu'ils peuvent faire connaître la position du corps lors de la chute, et par là même aider dans la recherche du mécanisme suivant lequel quelques unes des lésions, sur lesquelles je désire attirer spécialement l'attention de la Société, se sont produites.

Les lésions que l'autopsie a fait constater sont :

1° Trois fractures transversales du sternum; l'inférieure étant

située au niveau du cœur, et formant un angle rentrant en dedans;

2° Déchirure de l'artère mammaire interne gauche;

3° Fracture des dix dernières côtes du côté gauche, un peu en dehors de leur tubérosité, avec perforation de la plèvre par quelques uns des fragments;

4° Fracture horizontale du corps de la première vertèbre lombaire et de la dixième dorsale;

5° Fracture des apophyses transverses gauches des cinq vertèbres lombaires;

6° Fracture du bassin, comprenant une solution de continuité à peu près horizontale du sacrum, formant un angle rentrant en avant, et une autre à peu près verticale atteignant les deux branches osseuses qui circonscrivent le trou sous-pubien;

7° Fracture comminutive de l'extrémité supérieure de l'humérus gauche.

Toutes ces lésions du système osseux, ayant exclusivement leur siège à gauche, nous permettent de supposer que la chute a eu lieu sur le côté gauche du corps. Mais si ces fractures peuvent être rapportées ainsi à une cause directe, il en est cependant qui ont dû se produire par contre-coup, celles du sternum par exemple.

Les organes contenus dans l'intérieur de la cavité thoracique offraient des altérations bien plus intéressantes.

On trouve :

1° Plusieurs déchirures du tissu pulmonaire sur les deux poumons;

2° Une déchirure du péricarde avec hernie du cœur à travers cette ouverture dans la cavité pleurale gauche;

3° Enfin une rupture de l'aorte à son origine.

Quelques mots sur ces diverses altérations.

Les déchirures trouvées sur la surface des poumons droit et gauche, principalement au niveau du bord postérieur, étaient très évidentes, ayant au moins 1 centimètre d'étendue, semblables à celles que produirait un coup d'ongle.

Le lobe inférieur du poumon gauche en présentait de nombreuses en arrière, au niveau des fragments des côtes fracturées qui faisaient saillie dans l'intérieur de la plèvre. Ces déchirures n'ont rien d'extraordinaire; elles ont été très certainement produites par les aspérités des fragments des côtes.

Mais celles du poumon droit méritent surtout d'attirer l'atten-

tion ; car de ce côté de la poitrine il n'y avait aucune fracture, et il est facile de voir qu'elles ont été produites suivant le mécanisme indiqué par M. Gosselin dans son mémoire sur les déchirures du poumon sans fracture de côte correspondante, c'est-à-dire par une forte commotion de l'organe, mais surtout par une forte compression exercée par la paroi thoracique, en même temps que du côté du poumon il se passe les phénomènes physiologiques qui ont lieu dans l'effort.

Sous ce rapport, le fait qui nous occupe devra être rapproché de ceux rassemblés par M. Gosselin dans son travail, lequel ne contient toutefois que deux exemples avec autopsie de déchirures du poumon (sans fracture de côte), l'un dû à Hewson et l'autre à Smith.

La rupture du péricarde et la saillie, à travers cet orifice, du cœur venant se loger dans la cavité de la plèvre gauche, sont aussi un résultat de la forte commotion et surtout de la forte compression qu'ont éprouvées les organes intérieurs par les parois thoraciques pendant la chute, la fracture des côtes gauches et du sternum permettant à la paroi de s'abaisser et de se déprimer davantage.

A cet égard, je dois citer l'explication proposée par M. Broca, le jour de la présentation de la pièce, quant à la manière suivant laquelle le cœur a été chassé du péricarde. Suivant M. Broca, le cœur, retenu en haut par les gros vaisseaux qui s'y abouchent, étant fortement comprimé d'avant en arrière par la paroi thoracique, entre celle-ci et la colonne vertébrale, à la manière d'un noyau de cerise que l'on presse entre les doigts pour le lancer, a dû glisser ainsi en bas pour échapper à la pression et entrer dans la plèvre.

Enfin il existait une autre lésion non moins intéressante, je veux parler de la rupture de l'aorte à son origine.

Cette rupture s'était faite à la face postérieure de l'aorte depuis le bord droit jusqu'au bord gauche, ayant par conséquent environ 2 centimètres d'étendue au niveau des valvules sigmoïdes, immédiatement au-dessus de l'origine du tronc au ventricule ; elle était horizontale, les bords formés par la tunique moyenne étaient un peu inégaux. Notons qu'en cet endroit l'aorte n'était le siège d'aucune lésion organique antécédente ; ni anévrisme, ni altération des parois.

Il y avait enfin épanchement de sang dans la cavité de la plèvre gauche, mais peu considérable, la mort ayant été instantanée.

La rareté du fait m'a engagé à rechercher les cas semblables dans les écrits périodiques et à consulter les auteurs sur cette matière. Or le nombre des citations que je pourrais faire ne sera pas grand.

Je n'ai pas trouvé qu'aucun des auteurs qui traitent de la contusion ou de la déchirure des organes intérieurs du corps par les contusions (Samson, MM. Velpeau, Bégin, etc.), ait cité comme possible la rupture de l'aorte à la suite d'une contusion de la poitrine.

M. Bérard (art. RUPTURE DE L'AORTE du *Dictionnaire* en 30 volumes) dit seulement qu'une violence extérieure, une contusion, une chute, peuvent causer la rupture de l'aorte ; puis il en cite deux exemples pris dans Morgagni, et que je vais rapporter plus loin.

Le nombre des observations que j'ai pu trouver de rupture de l'aorte par suite de contusion ou chute, sans altération préalable des parois du vaisseau, n'est pas très considérable, j'en rapporterai quelques unes.

Les deux premières sont citées par M. Bérard.

1^{re} OBS. — Un homme de quarante ans fait une chute, il demande du secours et meurt aussitôt après. A l'ouverture du corps on vit que l'aorte était rompue dans le péricarde. Morgagni raconte ce fait d'après Valsalva dans sa LIII^e Lettre.

2^e OBS. — La même lettre renferme la relation du fait suivant :

Un vieillard ayant été surpris à couper du bois dans une forêt veut fuir ; il reçoit un coup de bâton dans le dos, fait quelques pas en chancelant et tombe mort. On trouva l'aorte rompue en travers, bien que les côtes et les vertèbres fussent intactes.

Morgagni pense que, dans ces deux cas, la rupture a été favorisée par les altérations chroniques des parois artérielles.

3^e OBS. (*Archives de médecine*, t. XVI, p. 283. *Observation de rupture de l'aorte sans anévrysme*, par le docteur Th. Rose.)

— Homme de cinquante-deux ans, forte constitution ; ressent tout à coup dans une vive discussion une violente douleur en haut de la poitrine, au cou et dans le dos. Immobilité. Succombe le deuxième jour après. On trouve, à l'autopsie, épanchement de sang dans le médiastin postérieur et les plèvres, qui s'étaient rompues,

et une déchirure de 2 pouces au côté concave de la crosse de l'aorte, sans trace d'ulcération ou de maladie aux parois du vaisseau. Seulement, il y avait ossification des valvules aortiques et épaissement de la tunique interne à son origine.

4° OBS., par M. Arnolt (*the London medical and surgical journal*, 1827). — Un ouvrier maçon de moyen âge et fortement constitué tomba d'un échafaudage élevé d'environ 40 pieds; une heure après il expira dans un état d'insensibilité complète, la peau très froide et les pulsations artérielles à peine perceptibles. A l'ouverture du corps on reconnut les désordres suivants : Fracture très étendue du crâne et du maxillaire inférieur; fracture de quatre côtes sternales à droite et trois à gauche, mais sans aucun déplacement; léger épanchement de sang dans la partie supérieure du tissu cellulaire du médiastin antérieur; déchirure complète de toutes les tuniques de l'aorte existant à la partie concave de la courbure de cette artère et vis-à-vis l'origine de la sous-clavière gauche, longue de trois quarts de pouce environ et large d'un huitième, indépendante de la fracture des côtes et n'étant point le résultat d'une lésion morbide des parois du vaisseau.

5° OBS. (*Archives gén. de médecine*, t. XI, p. 222. — *Il filiatre rebezio*, février 1836. *Rupture de l'aorte descendante par suite d'une chute peu élevée*, par le docteur F. de Angelis.) — Un homme âgé de trente-cinq ans, replet, de taille ordinaire, robuste, était occupé dans les champs à cueillir des olives, lorsque le barreau de l'échelle sur lequel il reposait à peu près à hauteur d'homme au-dessus du sol, se rompit. Il tomba, et ses mains portèrent sur le sol. En se relevant il affirma que cette chute ne lui avait fait aucun mal. Il remonta sur son échelle; continua de cueillir des olives; puis, vers le soir, il retourna chez lui en portant son échelle sur son dos. A peine arrivé à la maison, il éprouva du malaise et un besoin trompeur d'aller à la selle. Comme il se disposait à satisfaire ce besoin, il tomba par terre et mourut.

Autopsie. — Extérieurement, une vaste ecchymose occupant la partie postérieure du tronc, depuis la région pectorale jusqu'aux fesses. La cavité gauche de la poitrine renfermait une quantité immense de sang dont la sérosité et la fibrine s'étaient séparées, et dont on pouvait évaluer la quantité à 7 livres.

Le poulmon, le cœur et le péricarde étaient sains, mais l'aorte

descendante offrait une déchirure du diamètre de 1/2 ponce environ à la hauteur de la septième vraie côte.

Enfin MM. Trousseau et Leblanc, dans leurs *Recherches sur les maladies des vaisseaux faites à Montfaucon* (*Archives gén. de méd.*, t. XVI, p. 187, 1827), citent deux cas de rupture de l'aorte chez des chevaux à qui l'on a fait faire subitement de violents efforts pour les abattre. Chez l'un des chevaux qui était abattu pour être opéré, la rupture eut lieu à 1 ponce au-dessus de l'origine de l'aorte; chez l'autre, qui venait de recevoir un violent coup de couteau dans le poitrail pour être tué, la rupture atteignit l'aorte abdominale.

Il est vrai que ces auteurs ne disent pas si les artères de ces deux chevaux étaient atteintes d'altérations antécédentes. Quoi qu'il en soit, il faut suivre ces deux citations des paroles suivantes :

« Cette rupture tient-elle aux mouvements violents d'extension ou bien à l'impulsion subitement accrue de sang artériel ? » Nous n'entreprendrons pas de résoudre ces questions, et contents d'avoir exposé le fait anatomique, nous laisserons à d'autres le soin de chercher et de trouver l'explication. »

L'explication cherchée et demandée par M. Trousseau n'a point encore été donnée.

Cependant en réfléchissant bien sur le cas qui fait le sujet de notre observation, on peut en déduire quelques considérations qui devront aider à nous rendre compte de la manière dont cette rupture de l'aorte s'est produite.

J'ai dit plus haut que cette rupture transversale occupait la face postérieure du vaisseau au niveau des valvules sigmoïdes, c'est-à-dire immédiatement au-dessus de l'origine de l'aorte au ventricule.

Or, certaines conditions anatomiques que présente l'aorte en cet endroit peuvent, jusqu'à un certain point, motiver le siège de la déchirure à l'origine du vaisseau, d'une part, et, de l'autre, à la face postérieure plutôt qu'à l'antérieure; car on sait qu'à son origine, au-dessus du ventricule, les parois de l'aorte sont un peu moins épaisses que plus haut, et de plus j'ai trouvé, en examinant plusieurs aortes à leur origine, que la paroi postérieure était beaucoup plus mince et moins forte que l'antérieure; en arrière, au niveau des valvules sigmoïdes, contre l'oreillette, la paroi est presque transparente.

Cependant dans les cinq observations que j'ai rapportées, la rupture n'a eu lieu qu'une fois dans le péricarde, deux fois à la concavité de la crosse, et deux fois à l'aorte descendante. Sur les deux chevaux de M. Trousseau, il y a une rupture dans le péricarde et une autre à la portion abdominale.

Mais c'est surtout dans ce qui se passe pendant la chute qu'on doit chercher le mécanisme de la rupture de l'aorte.

Nous pensons que, dans ce cas, il s'accomplit les mêmes phénomènes que pour la déchirure du poumon, ainsi que M. Gosselin l'a exposé.

La forte commotion, l'ébranlement imprimés aux organes par la chute, explication proposée par les auteurs précédents, ne semblent point suffisants pour expliquer le fait.

On doit attacher plus d'importance à la forte compression produite par la paroi thoracique abaissée; et, dans ce cas surtout, on comprend que les fractures des dix dernières côtes gauches et les trois fractures transversales du sternum, dont l'inférieure formait un angle rentrant au niveau du cœur, aient permis à la paroi thoracique de céder davantage et de s'abaisser fortement dans le contre-coup de la chute, d'où la pression violente éprouvée par le cœur.

Mais dans toute contusion, outre la puissance, il faut encore une résistance de la part de l'organe. Dans le poumon, ce sont les phénomènes qui se passent dans l'effort qui lui donnent la résistance nécessaire pour se déchirer pendant qu'il est comprimé par la paroi thoracique abaissée dans une chute.

Mais à l'aorte nous devons chercher cette résistance ou dans les attaches de cet organe qui ne lui permettent pas d'échapper à la cause comprimante, ou bien dans la réplétion de sa cavité par le sang, lequel, pendant la compression, doit transmettre le choc aux parois et réagir sur elles.

On pourrait peut-être appliquer à la rupture de l'aorte l'explication qu'a donnée M. Broca pour la hernie du cœur à travers le péricarde dans la plèvre, car le cœur, pressé d'avant en arrière, entre la paroi thoracique et la colonne vertébrale, retenu en haut par les gros vaisseaux afférents, ne peut fuir qu'en bas; or, dans ce mouvement, il attire l'aorte avec lui, d'où la rupture possible de l'aorte en travers.

Cependant cette sorte de tiraillement doit être portée bien loin

pour amener la déchirure du vaisseau, car on connaît l'élasticité dont ses parois sont douées et l'étendue assez grande du déplacement que le cœur peut éprouver sous l'influence d'une compression.

La résistance de l'aorte dans le choc serait peut-être plutôt due à la réplétion de la cavité du vaisseau par le sang. Au moment de la chute, les battements du cœur doivent être plus précipités ; une plus grande quantité de sang est ainsi lancée dans l'aorte. Que dans cette circonstance une compression soit exercée sur l'aorte, surtout en haut, le sang distendant les parois du vaisseau leur transmettra le choc, et celles-ci pourront céder si la violence est très forte, d'où la déchirure.

OBSERVATION.

Hernie vaginale funiculaire étranglée. — Par M. Bidard, interne des hôpitaux.

Le 17 octobre 1853, entre à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Richard, un jeune homme de vingt-six ans, atteint d'une hernie étranglée, survenue pour la première fois, le même jour, à onze heures du matin. Toutefois, ses parents lui ont rapporté qu'à l'âge de trois ans il avait eu une hernie du même côté, et ils expliquaient ainsi les coliques fréquentes qu'il éprouvait dans son enfance ; mais il n'en a aucun souvenir, n'a jamais porté de bandages, et il pouvait se livrer à des efforts puissants, à des marches très prolongées, sans éprouver de douleurs dans l'aîne, sans y constater de grosseur, sans éprouver de coliques ni de tiraillements dans le ventre.

Il était ivre au moment de la production de sa hernie, et ne se souvient pas si elle a été précédée d'efforts. Deux médecins immédiatement appelés ont pratiqué sans succès le taxis pendant une demi-heure environ.

Dans la région inguinale droite existe une tumeur longue de 11 centimètres, oblique de haut en bas et de dehors en dedans, très tendue, rénitente, régulière, sans bosselures, mate à la percussion, offrant une fluctuation profonde, très douloureuse dans toute son étendue et surtout vers son pédicule, qui, gros et très dur, se continue dans le canal inguinal. La tumeur est située au-dessus du testicule et séparée de lui par une large dépression circulaire. On reconnaît sans peine que le testicule est entouré

par une petite quantité de liquide contenue dans la tunique vaginale, et le malade en fait remonter l'origine à plusieurs mois.

Le ventre est un peu météorisé, très sonore, douloureux à la pression ; coliques et gargouillement. Deux heures après le début des accidents, il est survenu des vomissements abondants de matières alimentaires ; depuis ce temps les nausées sont continuelles, et dans la soirée nouveaux vomissements de matières liquides à odeur fade non stercorale, suppression des selles, langue un peu sèche, rouge à la pointe et sur les bords ; soif vive que les nausées empêchent de satisfaire ; pouls petit, lent et dépressible ; faiblesse et prostration très considérables, légère somnolence, face pâle, chaleur des membres peu élevée.

A dix heures du soir, ce malade est opéré par M. Richard. Avant l'ouverture du sac, le doigt ne peut pénétrer entre ses parois et les piliers de l'anneau inguinal ; introduit dans sa cavité, il trouve le siège de l'étranglement à une profondeur telle qu'on le dirait produit par l'anneau inguinal interne. Le bistouri ne passe que difficilement entre l'intestin et le point qui étrangle, et il faut débrider largement et à plusieurs reprises pour pouvoir réduire. Le sac ne renferme point de liquide, l'anse herniée en contient une quantité très notable, elle est uniformément violacée sans trace de gangrène.

Insomnie complète pendant la nuit. Le lendemain, les envies de vomir, la constipation et la prostration persistent. Il survient bientôt des signes d'une violente péritonite, et le malade succombe vingt-cinq heures après l'opération, trente-six après le début des accidents.

Autopsie. — L'intestin porte la trace d'une forte striction, il est distendu par du gaz et de coloration à peu près normale. Le péritoine est à peine injecté, ne renferme pas de fausses membranes ; on trouve seulement dans le bassin quelques cuillerées de liquide séro-purulent.

Le sac herniaire est constitué par la persistance du conduit péritonéo-vaginal. L'incision qui a permis d'arriver sur l'anse herniée est séparée de celle qui a été faite en débridant par les vaisseaux sous-cutanés abdominaux conservés. Le débridement a porté sur presque toute la longueur de la paroi antérieure du canal inguinal.

Le cordon spermatique est situé au-dessous et en arrière du

sac herniaire, dont les rapports avec l'artère épigastrique sont ceux qu'on rencontre d'ordinaire.

Le canal péritonéo-vaginal nous présente plusieurs particularités importantes. La portion qui constitue la tunique vaginale est normale; cette cavité est bien conformée. Immédiatement au-dessus de l'épididyme, le conduit vaginal a subi un commencement d'oblitération, et on trouve un rétrécissement en forme de diaphragme percé à son centre d'une ouverture qui permet l'introduction d'une sonde ordinaire. Cette valvule circulaire est ferme, résistante, presque tranchante et non dilatable. Au-dessus d'elle est une dilatation cylindrique de 3 centimètres de hauteur et de 5 centimètres de circonférence.

Cette dilatation, préparée d'avance pour constituer un kyste du cordon, est séparée de la portion supérieure par une valvule en tout semblable à celle que je viens d'indiquer. La hernie descendait jusqu'à la face supérieure de cette dernière, ce que prouve l'incision des téguments terminée à quelques millimètres au-dessus d'elle.

Vient ensuite une seconde dilatation de 6 centimètres de hauteur et de circonférence qui contenait l'anse intestinale herniée. Elle est encore presque fermée en haut par un rétrécissement situé à 1 centimètre et plus de l'anneau inguinal interne et à près de 3 centimètres au-dessus de l'anneau externe. Ce rétrécissement, comme les précédents, consiste en une bride saillante, tendue, un peu tranchante, mais il diffère des autres, qui sont complètement circulaires, en ce qu'il ne paraît pas former un cercle complet, mais plutôt une bande transversale étendue d'un côté à l'autre et ne se prolongeant pas sur la paroi antérieure qui a été incisée pendant le débridement.

L'orifice interne du canal vaginal, le point où il se continue avec le péritoine, est lisse, non froncé, dilatable, et permet l'introduction du doigt. Cependant sa partie inférieure nous montre une petite bride transversale encore faiblement extensible, et au-dessous d'elle est un petit pertuis. C'est l'orifice supérieur d'un nouveau petit canal dont l'orifice inférieur, plus large et recevant facilement le bout d'une grosse sonde, est situé au-dessous du rétrécissement indiqué en dernier lieu. Il existe donc là un petit canal long d'un centimètre, sous-jacent à celui qui a livré passage à la hernie. Il est oblitéré en haut, un stylet introduit ne

peut le traverser, il est arrêté vers son orifice supérieur, où on l'aperçoit par transparence. Cette disposition est assez exactement comparable aux canons d'un fusil double placés de champ et dont l'inférieur serait fermé à l'extrémité. Est-il possible d'en donner une explication satisfaisante ?

Du côté gauche, où il n'existe pas de hernie, nous trouvons la même persistance de la communication du péritoine avec la tunique vaginale et deux oblitérations incomplètes et valvulaires semblables à celles du côté droit et situées l'une au-dessus du testicule, l'autre au-dessous et très près de l'anneau inguinal externe.

Cet exemple de hernie vaginale funiculaire est remarquable sous le rapport de la cause de l'étranglement et de la disposition du conduit péritonéo-vaginal. Évidemment, ici ce n'est pas l'anneau inguinal qui étranglait, puisque une première incision portée sur le pilier externe a été insuffisante et qu'il a fallu débrider à une grande profondeur. Mais l'étranglement a été levé aussitôt que l'instrument tranchant a divisé le rétrécissement valvulaire supérieur. Or, cette hernie devait paraître récente, car il n'est pas certain que le sujet de cette observation en eût porté une dans son enfance, et du moment que l'étranglement était immédiat, il ne pouvait être attribué qu'à l'anneau inguinal. Cette pièce anatomique prouve combien cette opinion eût été erronée, quoiqu'elle eût pu paraître irrécusable pendant l'opération, si la valvule eût siégé au niveau de l'anneau.

Si la hernie était survenue à un âge moins avancé, lorsque les rétrécissements du conduit péritonéo-vaginal étaient moins organisés, plus dilatables, nous aurions eu là un sac à collets superposés qui n'auraient certes pas été dus au déplacement en totalité du premier sac. L'inférieur, loin d'avoir contenu primitivement les viscères déplacés, n'aurait été envahi qu'en dernier lieu, et il n'aurait pas été nécessaire d'admettre l'absorption du fond de ce sac pour expliquer le contact de l'intestin et du testicule.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

XXVIII^e ANNÉE.

Bulletin N^o 11. — Novembre 1853.

RÉDIGÉ

PAR M. FOUCHER, SECRÉTAIRE.

SOMMAIRE.

Extrait des procès-verbaux des séances de la Société.

1. Cancer multiple du cerveau. — 2. Méningite cérébrale. — 3. Tubercules de la veine cave. — 4. Corps étrangers intra-articulaires. — 5. Kystes du jarret. — 6. Calcul de l'urètre. — 7. Calcul de la vessie. — 8. Cancer de l'estomac. — 9. Cancer de la prostate. — 10. Rein unique. — 11. Lipome profond. — 12. Amputation médio-tarsienne. — 13. Testicule tuberculeux. — 14. Polypes de l'utérus. — 15. Anévrisme de l'artère hypogastrique. — 16. Veine cave supérieure double. — 17. Perforation de l'œsophage. — 18. Cancer du testicule. — 19. Ostéite du fémur. — 20. Spina bifida. — 21. Cancroïde de la lèvre inférieure, valvule du col de la vessie. — 22. Exstrophie de la vessie, deux utérus, deux vagins. — 23. Testicule tuberculeux. — 24. Tumeur érectile. — 25. Absès du poumon ouvert dans le péricarde. — 26. Dépôts blancs articulaires. — 27. Péricarde adhérent au cœur. — 28. Éraillures des valvules mitrales. — 29. Tumeur fibro-plastique du cerveau. — 30. Empoisonnement par l'ammoniaque. — 31. Nécrose des os du crâne, production d'une matière particulière.

Observations. — 1. Absès lombaire communiquant avec le côlon descendant, par M. Laboulbène, interne des hôpitaux. — Rapport sur cette observation, par M. Broca. — 2. Cancroïde de la joue et des lèvres. — Engorgement ganglionnaire, par M. Laboulbène, interne des hôpitaux. — Rapport sur cette observation, par M. Broca. — Anévrysme de la crosse de l'aorte, par M. Passant.

PRÉSIDENCE DE M. CRAUVELHIER.

M. Barth montre :

1. *Des cancers multiples du cerveau.* — Gillon (Pierre), âgé de cinquante-cinq ans, musicien, d'une bonne constitution, entre

le 9 juillet 1853 à l'hôpital Beaujon, et est couché au n° 15 de la salle Saint-Louis (service de M. Barth).

Depuis quatre mois ce malade a commencé à éprouver des douleurs de tête, principalement à gauche; plusieurs fois apparurent, surtout la nuit, des convulsions de la langue et du côté gauche de la face. La paralysie survint, et suivit une marche croissante, atteignant peu à peu le bras et la jambe gauches. Jamais il n'y eut de perte de connaissance; l'intelligence était affaiblie, et le malade ne pouvait donner de renseignements sur le début de sa maladie. A son entrée à l'hôpital, G... était dans l'état suivant: Expression d'hébétude; déviation de la face; commissure gauche de la bouche plus abaissée que la droite; joue gauche pendante et flasque; diminution de la sensibilité cutanée du côté gauche de la face; paralysie du sentiment et du mouvement des membres supérieur et inférieur gauches, qui sont mous et se meuvent à peine; intelligence lente. Le malade pleure facilement et souvent; délire par moments coïncidant toujours avec un accroissement des douleurs de tête, mais toujours tranquille. Pas de fièvre, constipation opiniâtre, urines faciles. Pendant le séjour de G... à l'hôpital, l'hébétude persista toujours, et même alla en croissant; la paralysie du mouvement augmenta dans les deux membres du côté gauche, se manifesta, mais à un moindre degré à droite du corps.

Le 11 août, un mois environ après l'entrée de G... à l'hôpital, on vit apparaître sur la joue droite un érysipèle qui s'étendait peu à peu sur la face et le cuir chevelu. Fièvre modérée, prostration de plus en plus complète, selles et urines involontaires.

Mort le 21 août à six heures du soir.

On constatait, après avoir ouvert le crâne et enlevé les méninges, une saillie évidente à la face convexe de l'hémisphère droit du cerveau. Une incision pratiquée dans ce point laissait sortir une assez grande quantité de pus ayant l'aspect jaunâtre extérieur du pus. Ce liquide était renfermé dans une cavité située dans l'hémisphère droit, plus grosse qu'un œuf de poule, entourée d'une membrane vasculaire qui la séparait du cerveau. Cette production contenait une masse pulpeuse jaunâtre; elle paraissait tenir aux méninges, avec lesquelles elle était en contact par un point de sa surface. L'hémisphère du cerveau du côté gauche contenait trois tumeurs semblables: l'une volumineuse, à la

partie moyenne de l'hémisphère gauche, une autre plus en avant, et enfin la troisième plus en arrière; l'une d'elles contenait une quantité très abondante d'un liquide analogue à celui qui a été décrit plus haut, et sa paroi vasculaire renfermait à peine quelques grumeaux d'une matière demi-molle.

Le cœur était d'un volume normal; ses orifices libres, ses valvules souples et saines.

Les deux poumons étaient sains; un seul noyau tuberculeux crétaé existait à la partie inférieure du lobe supérieur gauche.

L'appendice iléo-cœcal était distendu d'une manière notable, fluctuant; la pression exercée sur ce diverticulum ne faisait pas refluer dans le cœcum le liquide qu'il renfermait; ce liquide offrait l'apparence de pus; la muqueuse de l'appendice était épaissie, et son orifice tuméfié empêchait l'écoulement des liquides dans le cœcum.

Le foie était un peu congestionné; la vésicule remplie d'une bile noire et épaisse.

Une plaque fibro-cartilagineuse existait à la surface de la rate.

Les reins étaient sains. On ne trouvait aucune trace de cancer dans les cavités thoraciques et abdominales, ou dans les ganglions lymphatiques.

2. M. Barth présente ensuite des *fragments de cerveau* de deux hommes morts de *méningo-encéphalite*, dont la cause a été manifestement l'insolation prolongée et intense. Voici, en résumé, l'histoire de ces deux malades.

Cornel, âgé de quarante-quatre ans, moissonneur, Belge, venant de Montereau, est apporté le 16 août 1853, porté sur une chaise, dans une des salles de mon service, à l'hôpital Beaujon. Ce malade ne comprenait et ne parlait nullement le français; son camarade, dont l'histoire sera donnée plus loin, en comprenait à peine quelques mots, mais ne pouvait s'exprimer dans cette langue. On put savoir uniquement par leurs livrets que, Belges tous les deux, ils avaient parcouru une partie de la France occupés aux travaux de la moisson, exposés, par conséquent, à l'influence de l'insolation, se nourrissant probablement assez mal, et buvant beaucoup.

Cornel, au moment où il entra à l'hôpital Beaujon, était dans l'état suivant : Assez calme; il eut peu de temps après son entrée une selle liquide, puis pendant toute la nuit du délire et de

l'agitation. Le 17, le délire persista ; le pouls était à 120, on ne pouvait obtenir aucune réponse du malade ; la langue était sèche ; le ventre plat, sans aucune trace de taches à sa surface. La sensibilité des membres était exagérée à la pression. J'ordonnai des applications de compresses froides sur la tête, du calomel, et des sinapismes aux membres inférieurs. Le soir le malade était plus calme, répondait très imparfaitement aux questions, et parut dire avoir été malade depuis le 10 ou le 12 août : son affection aurait débuté par de la céphalalgie et de la fièvre. Le 18 il n'y eut pas de selles ; le malade était tombé dans le coma ; les membres se trouvaient dans la résolution, insensibles au toucher ; les pupilles étaient très contractées ; le pouls à 116, petit et peu développé ; la langue sèche, la peau gluante. Mort le 18 à une heure après midi.

Autopsie. Peu de liquide sous-arachnoïdien, qui est transparent et normal ; injection abondante de la pie-mère résistant au frottement et au lavage ; en enlevant les méninges, on trouve à la surface du cerveau les orifices béants d'un grand nombre de petits vaisseaux capillaires congestionnés qui pénètrent dans la substance corticale.

Les poumons étaient sains ; le foie était un peu congestionné ; la rate, saine, avait le double de son volume ; la surface muqueuse de la fin de l'intestin grêle n'offrait aucune altération.

Van Hooland, âgé de vingt-sept ans, moissonneur, Belge, d'une constitution assez forte, est apporté également à l'hôpital le 16 août 1853, en même temps que le malade précédent. Le malade se tient encore sur ses jambes. On apprend seulement qu'il souffre dans le ventre.

Dans la soirée, il rend des selles liquides en partie colorées de sang et mêlées de glaires striées de sang ou teintes en vert par la bile. Prostration, face terreuse, peau sèche, chaude, ventre plat, pas de taches. (Riz, sirop de coings, 2 pilules d'extrait d'opium de 0^{sr},05 chaque, sirop de quinquina 45 grammes.)

Le 18. Continuation des selles liquides bilieuses en partie colorées de sang, involontaires. Prostration plus grande ; langue sèche, pouls à 112. Le soir, pouls à 120. Prostration, pupilles étroites, coma. Mort dans la nuit.

Autopsie. Adhérences partielles entre le feuillet séreux pariétal et la partie antérieure des hémisphères cérébraux. Dure-mère

vascularisée à sa face arachnoïdienne, épaissie dans les points correspondant aux adhérences. Très peu de liquide sous-arachnoïdien. Méninges viscérales très injectées, épaissies par points; dans leur épaisseur on trouve quelques petites plaques cartilagineuses du volume et de la forme d'une lentille.

Les autres organes étaient sains.

3. M. Verneuil met sous les yeux de la Société un exemple de *tubercules* de la *veine cave inférieure*. De nombreux ganglions tuberculeux existaient dans l'abdomen de ce sujet. Les tubercules, du volume d'une petite tête d'épingle, étaient placés dans l'épaisseur des parois de la veine, et soulevaient sa membrane interne, apparaissant comme de petits points blancs; ils ont présenté à l'examen microscopique les éléments manifestes du tubercule.

4. M. Foucher montre à la Société une articulation coxo-fémorale atteinte d'*arthrite chronique sèche*. Sur cette pièce, provenant d'un vieillard de soixante-cinq à soixante-dix ans, on voit que le cartilage de la tête du fémur est détruit dans plusieurs points, dans lesquels on trouve une surface osseuse éburnée; le pourtour de la surface osseuse est entouré de stalactites nombreuses, à sommets arrondis. La tête du fémur est aplatie, la synoviale injectée, et le col forme un angle droit avec le corps de l'os, qui est plus volumineux qu'à l'ordinaire, et a un poids considérable; le tissu spongieux de l'extrémité osseuse, loin d'être raréfié, paraît, au contraire, avoir subi un certain degré de condensation.

Sur le même sujet, on trouvait le *coude droit* déformé et offrant à sa partie antérieure une saillie dure, immobile. Le mouvement d'extension ne pouvait être produit complètement, la pronation était aussi limitée. La dissection a fait découvrir dans ce coude *quatre corps étrangers intra-articulaires*, dont trois placés sur la même ligne horizontale, allongés transversalement, reposaient sur la partie antérieure de la surface articulaire de l'humérus, étaient maintenus fixes dans leur position par l'extension de l'articulation, et ne devenaient mobiles que par la flexion. Ces corps étrangers, lisses et polis à leur surface articulaire, étaient, au contraire, rugueux à leur surface libre correspondant à la capsule. Le plus volumineux, ayant environ 12 centimètres de diamètre, était libre de toute adhérence; le moyen tenait à la synoviale par trois petits prolongements filiformes, et enfin le

troisième, de la grosseur d'une lentille, était libre. Dans cette même articulation, on trouvait un corps étranger analogue aux précédents, et complètement libre, situé dans la cavité olécranienne de l'humérus. Sa présence explique pourquoi l'extension était bornée. Les surfaces osseuses sont à peine déformées. Cette pièce vient évidemment à l'appui de la doctrine qui attribue la formation de la plupart des corps mobiles articulaires à des prolongements de la synoviale, à des dépôts osseux dans l'intérieur de ces franges synoviales, qui sont un des caractères de l'arthrite sèche.

Enfin le *genou gauche* du même sujet est le siège de lésions d'un autre genre, mais qui offrent leur intérêt. La synoviale est injectée, épaissie, ramollie, et présente, à son cul-de-sac supérieur interne, une ouverture pouvant recevoir l'extrémité du doigt indicateur, et faisant communiquer la cavité articulaire avec deux larges poches remontant sous le muscle triceps fémoral jusqu'à la base du grand trochanter. Ces cavités contiennent un pus sanieux, rougeâtre. Les cartilages articulaires sont en grande partie détruits, et les ligaments croisés ramollis. A la partie supérieure de la jambe existe un abcès s'étendant de la tête du péroné à la crête du tibia, et contenant un pus crémeux, bien lié; cet abcès, situé sous la peau, ne communique pas avec l'articulation. L'extrémité supérieure du tibia a tellement perdu de sa consistance qu'on peut y enfoncer un scalpel avec la plus grande facilité. En sciant cette extrémité osseuse, on découvre *cinq petits foyers purulents* au milieu du tissu spongieux; ces foyers, superposés les uns aux autres, sont entourés d'une membrane celluleuse, et contiennent une matière gris jaunâtre, épaisse, dans laquelle le microscope ne montre que des globules de graisse et des globules de pus, sans apparence de tubercules.

5. M. *Foucher* montre encore deux *kystes synoviaux du jarret*: l'un existe dans la bourse séreuse située entre le tendon du muscle jumeau interne et celui du demi-membraneux. Ce kyste, de la grosseur d'un petit œuf de poule, contenait une matière jaunâtre, épaissie, gélatiniforme qui ne refluit dans l'articulation que dans la position fléchie. L'ouverture de l'articulation fait voir une communication entre la synoviale articulaire et la séreuse du tendon. L'autre kyste se présente sous forme d'une tumeur arrondie reposant sur le condyle externe, et se

continuant à travers la capsule du condyle jusqu'à la synoviale articulaire par un pédicule oblitéré. Ce kyste a une membrane d'enveloppe celluleuse. Dans ces deux cas, la synoviale articulaire ne contenait pas de liquide.

M. *Cruveilhier* rappelle que le professeur Pelletan portait dans le creux du jarret une tumeur volumineuse de ce genre qui disparaissait par la flexion.

M. *Houel*. Le dernier kyste que nous a montré M. Foucher paraît développé aux dépens des follicules signalés par M. Gosselin, de même qu'un kyste du péricarde observé par M. Cruveilhier a paru s'être formé aux dépens des follicules décrits dans cet organe par Corvisart.

M. *Denucé* rappelle que ces sortes de kystes peuvent avoir deux origines : ou bien ils sont dus au développement d'un follicule ; ou bien ils existent dans une bourse séreuse tendineuse.

M. *Bauchet* montre plusieurs pièces :

6. *Un calcul de l'uretère* trouvé dans les conditions suivantes : Un malade souffrait en urinant, on l'avait sondé sans trouver d'urine dans la vessie. Il fut apporté mourant à la Charité, on le sonda avec facilité sans obtenir d'urine, mais on sentait des calculs dans la vessie.

A l'autopsie, on trouva la vessie exactement vide, et un calcul enchatonné dans l'uretère gauche à son orifice vésical. Dans l'uretère du côté droit, mais plus loin de la vessie, existe aussi un calcul qui l'oblitére complètement. La portion prostatique de l'urètre est parsemée de petites loges contenant des graviers. Le rein correspondant à l'uretère, complètement oblitéré, est atrophié et remplacé par de la graisse ; celui du côté gauche est le siège d'une pyélo-néphrite. Ce malade, sur lequel on n'a pas eu de renseignements plus complets, est mort avec les accidents de fièvre intermittente pernicieuse qui suivent parfois le cathétérisme.

7. M. *Bauchet* fait voir une deuxième pièce relative à un *calcul vésical* trouvé chez un malade sur lequel on avait pratiqué une séance de lithotritie. Le malade fut pris quelques jours après de douleurs vives dans le bas-ventre, et l'on vit apparaître au périné une tumeur volumineuse que l'on incisa, c'était un abcès urinaire, on enleva un calcul par l'incision.

A l'autopsie, on trouva le lobe gauche du foie cancéreux, un

calcul volumineux dans la vessie. Le rein est enflammé ainsi que la vessie.

8. M. Barth fait la communication suivante avec des pièces à l'appui :

Un homme de trente-sept ans, entre le 24 septembre à l'hôpital Beaujon. Il souffre depuis quinze mois : ses forces, son embonpoint ont diminué, il est oppressé, il tousse et a éprouvé une douleur dans le rachis au niveau de l'estomac, l'appétit est à peine un peu diminué, il y a eu quelques vomissements. Avec ces renseignements le diagnostic était difficile. L'auscultation ne révélait rien du côté de la poitrine, il n'y avait pas de tumeur épigastrique, peu de troubles digestifs. Le doute persistait, lorsque apparut peu à peu, à gauche de la ligne blanche, une tumeur qui se développait insensiblement et qui permit de croire à un cancer de l'estomac. Le 1^{er} novembre, le malade offrit tous les signes d'une péritonite et mourut. On trouve un cancer dans la région pylorique de l'estomac au-dessus de la valvule. Au centre de ce cancer ulcéré existe une petite perforation : le pylore est entouré par une masse énorme provenant de l'envahissement des ganglions par le cancer ; on trouve çà et là au sein de cette masse squirrheuse ces amas jaunâtres qui paraissent dus à des épanchements sanguins, et que l'on a appelés *altération phymatoïde*. L'estomac était refoulé de droite à gauche. La veine porte, la veine cave étaient libres. La plèvre gauche contenait un peu de sérosité, et des masses ganglionnaires entouraient la trachée jusqu'au cou. Les poumons ne contenaient pas de tubercules. Les autres organes étaient sains. Ce fait est remarquable par la transposition de la tumeur à gauche, ce qui avait contribué à rendre le diagnostic obscur.

9. M. Barth montre la prostate d'un individu mort dans l'hôpital Beaujon, avec les accidents d'un obstacle au cours des matières fécales. L'extrémité inférieure du rectum est le siège d'un cancer colloïde qui envahit la prostate en remplissant de nombreuses vacuoles qu'elle présente.

10. Enfin, M. Barth fait voir un morceau de foie qui lui a été remis par M. Valleix, et qui a l'aspect de la glande thyroïde ; et, un rein unique avec deux uretères occupant le rein gauche.

M. Leudet. J'ai montré à la Société de biologie un foie analogue à celui que nous montre M. Barth : il y a atrophie des cel-

lules hépatiques et diminution de la graisse. En outre, je ferai remarquer que la matière qui occupe la prostate montrée par M. Barth, ne me paraît pas être du cancer mêlé de matière colloïde.

11. M. *Boullard* montre un *lipome* du volume d'un œuf de poule, situé profondément dans le sillon de séparation du muscle biceps et du long supinateur.

12. M. *Gaujot* montre à la Société un *moignon* résultant d'une *amputation de Chopart*, pratiquée trois ans auparavant sur un jeune homme scrofuleux, et donne les détails suivants :

Le nommé Prudommeaux, âgé de vingt ans, malletier (entré le 13 août 1853 à l'Hôtel Dieu, salle Sainte-Marthe, n° 34) ; d'une constitution débile, maigre, pâle, présentant en beaucoup d'endroits les manifestations de la scrofule, a subi, il y a trois ans, à l'hôpital des Cliniques, par la main de M. Giraldès, l'amputation partielle du pied droit, dans l'articulation médio-tarsienne, pour une carie des os de l'avant-pied.

Après sa sortie de l'hôpital, ce malade marcha facilement et sans douleur, à l'aide d'une bottine de cuir, lacée jusqu'au haut de la jambe, et maintenue de chaque côté par une tige de fer, présentant une articulation avec le pied de la bottine, au niveau de chaque malléole.

Mais plus tard, des ulcères se formèrent à la partie inférieure de la jambe ; le pied devint douloureux pendant la marche. Enfin, celle-ci devenant impossible, le malade entra à l'Hôtel-Dieu (13 août 1853) où il mourut d'épuisement (sans phthisie tuberculeuse) le 27 octobre suivant.

Le pied présente les désordres suivants :

1° Ulcère, à bords minces irréguliers, bleuâtres, formés par la peau décollée, à fond d'un rose pâle, formé par des bourgeons mollasses, situé à la partie interne et inférieure de la jambe, entre le bord interne du tibia et le tendon d'Achille, à grand diamètre vertical, ayant environ 1 décimètre.

2° Autre ulcère, ayant 5 centimètres de hauteur et 2 ou 3 de largeur, situé à la face externe de la jambe, entre le péroné et le tendon d'Achille, présentant le même aspect que celui de la face interne.

3° Dans l'angle inférieur de l'ulcère interne, existe une ouverture fistuleuse conduisant sur la partie supérieure du calca-

néum, que l'on sent dénudée dans une assez grande étendue.

4° Quatre autres trajets fistuleux existent à la face interne du pied, conduisant sur le calcanéum et sur l'astragale, dénudés et cariés dans presque toute leur étendue.

Ces fistules communiquent les unes avec les autres, permettent au stylet de s'introduire entre les os et les parties molles de la plante du pied, lesquelles sont décollées surtout à la partie antérieure. Aussi le stylet, introduit par une ouverture fistuleuse de la face interne, peut-il sortir facilement par les autres trajets fistuleux qui existent à la face externe du pied.

5° A la face externe du pied, cinq ouvertures fistuleuses conduisent également sur le calcanéum et l'astragale. Mais une d'entre elles mérite une mention particulière, parce que, située au niveau de l'angle antérieur, inférieur et externe du calcanéum, elle forme un trou à la peau de 1 centimètre de diamètre, laissant le calcanéum à nu et faisant saillie au dehors.

La dissection montre :

1° L'adhérence de la cicatrice avec le tissu cellulaire et fibreux sous-jacent. Celle-ci passe au devant de la tête de l'astragale. Les tendons des muscles jambier antérieur, extenseur commun des orteils, et extenseur propre du gros orteil, après s'être un peu aplatis et amincis, viennent se confondre avec le tissu fibreux qui adhère à la cicatrice.

A la partie inférieure, on voit la même transformation et la même réunion s'opérer, pour les muscles de la plante du pied (court fléchisseur des orteils, abducteurs du gros et petit orteil, etc.) ; tous ces tissus forment une espèce de coque fibreuse enveloppant la partie antérieure de l'astragale, sans y adhérer.

Les tendons des muscles de la région postérieure et profonde de la jambe (les fléchisseurs, le jambier postérieur) descendent perpendiculairement derrière la malléole interne, s'engagent sous la plante du pied où ils ne tardent pas à se confondre avec le tissu fibreux.

La même disposition existe pour les longs péroniers latéraux.

Tout le tissu cellulaire de la partie inférieure de la jambe est grisâtre, induré, comme lardacé. Les gâines des tendons ont subi la même transformation. Aussi les tendons, et principalement le tendon d'Achille, sont-ils entourés et serrés dans ces sortes d'épais épais.

Même disposition pour les vaisseaux.

Au reste, le tendon d'Achille ne forme point une corde dure et tendue, et la concavité qu'il décrit au-dessus du talon est à peine plus prononcée qu'à l'état normal.

Rien de particulier dans les ligaments de l'articulation tibio-tarsienne. Seulement on remarque lorsqu'on cherche à fléchir la jambe, sur le pied, qu'un tissu fibreux dense, s'insérant d'une part à la face externe et supérieure du calcanéum, et de l'autre à la malléole externe, est fortement tendu.

Les mouvements de flexion et d'extension, très peu étendus à la vérité, sont conservés dans l'articulation tibio-tarsienne.

Le calcanéum et l'astragale sont aussi un peu mobiles l'un sur l'autre ; ce qui tient à l'altération de leurs ligaments inter-articulaires par la suppuration.

Les faces latérales et inférieure de l'astragale, le calcanéum dans toute son étendue, excepté au niveau de l'insertion du tendon d'Achille, les extrémités des malléoles tibiale et péronière, sont cariés et ramollis. Mais on remarque surtout que l'excavation sous-astragaliennne et la dépression correspondante sur le calcanéum, lesquelles donnent attache au ligament interarticulaire calcanéo-astragalien, sont agrandies par la suppuration, et que le ligament interarticulaire est détruit. Ce qui permet au calcanéum d'exécuter quelques mouvements sur l'astragale, condition essentielle par suite de laquelle le calcanéum peut s'abaisser en avant et se relever en arrière.

L'axe de la jambe n'est plus perpendiculaire à celui du pied : le premier est incliné sur le second de manière à former un angle obtus en avant et aigu en arrière.

La partie antérieure de l'astragale est un peu inclinée en bas et en avant, de telle sorte que la moitié antérieure de la poulie astragaliennne est à découvert.

Le calcanéum a subi un mouvement de bascule assez prononcé (dont le degré sera indiqué un peu plus loin).

L'angle antérieur et inférieur est abaissé ; tandis que le talon est élevé au-dessus du plan horizontal.

Cependant la voûte de la plante du pied est conservée en dedans ; mais à la face externe, la partie antérieure du calcanéum est plus basse que le talon.

La plante du pied présente trois points culminants : le talon,

l'angle antérieur, inférieur et externe du calcanéum, et la tête de l'astragale.

Le talon et la tête de l'astragale sont à peu près sur le même plan horizontal; mais l'apophyse calcanéenne est située sur un plan inférieur.

Aussi, si l'on place la plante du pied sur un plan horizontal, le pied repose seulement sur cette apophyse du calcanéum.

Si on incline l'axe du pied un peu en avant de la verticale, la plante du pied repose alors sur l'angle antérieur du calcanéum et sur la tête de l'astragale; alors le talon est élevé de 2 centimètres au moins au-dessus du sol.

Pour que le pied puisse reposer en même temps sur le talon et la tête de l'astragale, il faut que la jambe soit fortement inclinée sur son côté interne.

Cette dissection montre donc, dans ce moignon, un exemple des déformations qui s'opèrent après l'amputation médio-tarsienne, mais à un degré beaucoup moins prononcé que celles qui ont été signalées par quelques auteurs. On ne voit point ici cette élévation extrême du calcanéum en arrière, ainsi que l'a rapportée M. Stanski dans une observation analogue, ni cette progression de l'astragale en avant et en bas, à laquelle M. Sédillot donne tant d'importance.

Cependant le déplacement des os s'est effectué à un point suffisant pour que la plante du pied ne puisse plus appuyer sur le sol que par l'angle antérieur et inférieur du calcanéum.

Mais il est probable que la difficulté de la marche n'a point pour raison principale la nouvelle disposition anatomique des os après l'amputation de Chopart, ainsi que plusieurs auteurs l'ont prétendu encore tout récemment.

Ce sont bien plutôt les maladies qui viennent s'emparer du moignon qui empêchent les opérés de marcher. Déjà M. Malgaigne a signalé depuis longtemps l'inconvénient de la saillie de l'apophyse antérieure du calcanéum occasionnant des frottements douloureux, la dénudation et la carie.

En outre, le plus souvent la désarticulation médio-tarsienne est pratiquée pour des caries scrofuleuses, lesquelles ne tardent point à envahir les os qui ont été conservés, quelquefois avant la cicatrisation complète de la plaie de l'opération, ainsi que j'en ai vu un exemple.

Dans ces cas, c'est moins de la déformation du moignon que de l'ostéite et la carie qui s'emparent des os que vient l'impossibilité de la marche.

C'est pourquoi notre jeune homme marchait bien lorsqu'il sortit de l'hôpital, et fut arrêté lorsque la carie des os se manifesta par de nombreuses fistules.

Aussi pensons-nous que les individus chez lesquels l'amputation médio-tarsienne est pratiquée pour une lésion qui n'amène aucun obstacle à la guérison parfaite, doivent marcher très facilement.

Et ce qui nous confirme dans cette manière de voir, c'est la connaissance du fait suivant :

Pendant les journées de février 1848, M. Roux pratiqua à un jeune homme la désarticulation médio-tarsienne pour une fracture du métatarse produite par une balle. La guérison fut complète; il n'y eut ni ostéite, ni carie consécutive, et aujourd'hui (quatre ans après) cet homme marche avec une telle facilité, que l'on s'aperçoit à peine d'une légère roideur de ce côté. (Il se sert d'un pied artificiel avec une tige de cuir lacée autour de la jambe et reliée au pied par une courroie formant le huit de chiffre au-dessus du cou-de-pied.)

13. M. Broca présente un *testicule tuberculeux* enlevé par M. Chassaignac chez un malade qui depuis longtemps présentait au scrotum une fistule donnant issue à du pus. On avait pensé à des tubercules du testicule; or l'autopsie a révélé une disposition des plus curieuses. Le canal déférent, à son origine, contient des tubercules; il existe sur la peau une fistule qui conduit dans une cavité remplie de pus verdâtre, et dont les parois sont mamelonnées et ont l'apparence, sauf la coloration, de la surface du cerveau. Cette cavité me paraît être celle de la tunique vaginale, et les amas mamelonnés qui s'y rencontrent contiennent des granulations tuberculeuses. On trouve, en outre, au milieu du testicule une cavité dont les parois contiennent des tubes séminifères, et qui se trouve séparée de la précédente par une cloison formée de deux couches, l'une lardacée, semblable aux infiltrations tuberculeuses des séreuses, et l'autre renfermant de la substance testiculaire.

M. Cruveilhier pense que l'une de ces cavités est formée aux dépens de la tunique vaginale, et l'autre aux dépens du testicule lui-même.

M. Foucher présente deux pièces :

14. Un *utérus* trouvé sur un cadavre de l'école pratique, et qui offre deux *polypes fibreux* du volume d'une petite noix, insérés par un pédicule de 1 centimètre, l'un sur la face postérieure de l'organe, et l'autre sur son bord supérieur. On trouve, en outre, dans l'intérieur de cet *utérus*, à l'union du col et du corps, un *polype folliculaire aplati longitudinalement* et offrant à sa surface des follicules clos nombreux.

15. L'artère *iliaque primitive droite* d'une femme de moins de cinquante ans, sur laquelle on voit trois, cinq *dilatations anévrysmales* se succédant à un intervalle de 1/2 centimètre. Les parois de ces poches anévrysmales sont formées des trois tuniques artérielles, et à l'intérieur on trouve des caillots sanguins consistants. La terminaison de l'aorte contient des plaques crétaées.

M. Leudet rappelle que la thèse de M. Cloquet renferme des faits semblables, et qu'il a observé un cas de cette espèce sur le vivant à Londres.

16. M. le docteur Lagneau fait la communication suivante :

Vers 1849 ou 1850, disséquant dans un pavillon de l'École pratique, je rencontrai un exemple de *veine cave inférieure double* chez un jeune homme qui, du reste, présentait d'autres anomalies sur quelques points des voies circulatoires, entre autres la bifurcation dans le creux axillaire de l'artère du membre supérieur des deux côtés. Sur la pièce provenant de ce sujet, la veine iliaque primitive gauche forme en montant le long de l'aorte abdominale une veine cave inférieure gauche, et ne se réunit à la veine cave inférieure droite qu'au niveau des reins, après avoir reçu à sa partie supérieure : 1° la veine testiculaire gauche, 2° un gros tronc résultant de la réunion de deux grosses veines émulgentes gauches, et 3° une veine capsulaire du même côté.

La partie supérieure de cette pièce offre peu d'intérêt; elle constitue seulement un nouvel exemple de *veine cave inférieure double* à ajouter à ceux déjà connus. Mais la partie inférieure présente comme conséquence même de cette première anomalie une disposition singulière qui ne me paraît pas avoir attiré l'attention des anatomistes.

La veine iliaque externe droite, après s'être largement anastomosée avec l'iliaque externe du même côté, va former en s'éle-

vant l'iliaque primitive, puis la veine ascendante du côté droit.

La veine iliaque externe gauche communique par une vaste anastomose avec l'iliaque interne correspondante, constitue à elle seule l'iliaque primitive du même côté, reçoit en arrière de l'artère iliaque primitive un tronc considérable résultant de la réunion des deux veines iliaques internes ou hypogastriques, puis s'élève sous forme de veine cave inférieure gauche pour aller se réunir à celle de l'autre côté de la manière précédemment indiquée.

Ainsi outre les deux veines caves inférieures, on peut remarquer sur cette pièce : 1° que les deux veines iliaques internes et l'iliaque externe gauche se réunissent pour former le tronc de la veine cave inférieure gauche, tandis que la veine cave inférieure droite ne reçoit que la veine iliaque externe droite.

2° Que de chaque côté une anastomose existant entre la veine iliaque externe et la veine hypogastrique correspondante, fait communiquer ces vaisseaux entre eux.

17. M. Barth montre une pièce trouvée dans les conditions suivantes : Un malade d'environ soixante ans entre à l'hôpital Beaujon atteint d'un catarrhe pulmonaire intense ; la toux était fréquente et l'expectoration muco-purulente. Il mourut, et l'autopsie montre que la muqueuse des bronches est épaisse, injectée, finement grenue. L'œsophage présente au niveau de la partie moyenne de sa face postérieure une *ouverture circulaire*, à bords noirâtres de 1 ligne de diamètre, et qui conduit dans une petite cavité creusée au sein d'un ganglion lymphatique. C'est donc un exemple d'abcès ganglionnaire ouvert dans l'œsophage. Le sommet des poumons renfermait quelques tubercules.

18. M. Bidard montre à la Société des pièces relatives à un cancer des deux testicules et donne les détails suivants :

Un jeune homme de vingt-sept ans entra le 21 février à l'hôpital Saint-Louis pour être traité d'une double tumeur du scrotum. Le testicule droit augmentait peu à peu de volume depuis deux ans ; le gonflement du testicule gauche ne datait que de cinq mois. Le malade prétendait n'avoir jamais eu d'affection vénérienne et ne présentait pas de signes de scrofule. Les deux tumeurs étaient régulières, non bosselées, non fluctuantes, sans transparence, presque indolentes à la pression, survenues sans cause connue. Un traitement antisyphilitique n'amena aucun

résultat avantageux. M. Denonvilliers fit le 9 avril une ponction exploratrice dans le testicule droit, beaucoup plus gros que l'autre; il en sortit une sorte de bouillie épaisse, rougeâtre; ce qui le décida à enlever immédiatement ce testicule, qui présentait les caractères les plus tranchés du tissu encéphaloïde. M. Verneuil constata sa nature cancéreuse au moyen du microscope. La cicatrisation se fit régulièrement, et pendant sa durée la tumeur du côté gauche parut diminuer notablement de volume. Le malade affirmait toujours qu'il avait encore des érections et des éjaculations. Il put sortir de l'hôpital le 22 mai.

Le 9 juillet, il rentre dans le même service. Le testicule restant a beaucoup grossi; on constate dans le ventre une tumeur irrégulière très volumineuse. Il est survenu tous les signes d'une cachexie très avancée, les membres inférieurs sont infiltrés, il y a des troubles du côté du poumon et du cerveau. La mort arriva le 13 juillet.

L'autopsie n'a pu être faite, il a seulement été possible d'enlever le testicule, qui présente le même aspect que le premier, est parfaitement enkysté et également cancéreux au microscope.

19. M. *Duchaussoy* communique à la Société un fait de *tumeur blanche* du genou avec *ostéite condensante* du fémur.

Berthelot (Auguste), charretier, cinquante-neuf ans. Le malade qui a fourni ces pièces avait eu il y a cinq ans un rhumatisme articulaire localisé dans le genou droit et qui dura trente-six jours; il en resta une difficulté de mouvements qui ne l'empêcha pas de continuer son état. L'année suivante, coup de pied de cheval à la partie inférieure de la cuisse, mais peu violent, et qui n'empêche pas de marcher.

Le 3 février 1853, douleurs violentes dans le genou et la cuisse du côté droit, abcès volumineux, persistance de la douleur et de la tuméfaction; le malade entre à l'Hôtel-Dieu le 18 avril.

Son genou droit a un volume double du gauche, on n'y sent pas de fluctuation, la rotule est soudée. Trajet fistuleux au côté interne, œdème de la jambe; la cuisse donne au toucher la sensation d'un cylindre dur environné d'un peu de parties molles. Ce cylindre occupe la position du fémur et paraît avoir un volume triple de celui de l'os normal. Les mouvements de l'articulation fémoro-tibiale sont impossibles. Ceux de l'articulation coxo-fémorale sont très limités et douloureux.

Mort d'un érysipèle cinq jours après.

Autopsie. — Le trajet fistuleux conduit dans deux clapiers, l'un situé dans le tissu cellulaire sous-cutané du mollet, l'autre aboutissant à une petite portion dénudée du fémur. Le tissu cellulaire sous-cutané de la cuisse est abreuvé d'un liquide louche. Tous les muscles sont pâles, amincis et incomplètement transformés en tissu d'apparence fibreuse au voisinage du périoste.

Les parties molles du genou sont blanches, lardacées, résistantes au scalpel; les vaisseaux et les nerfs sont intacts.

L'articulation fémoro-tibiale contient un peu de synovie purulente; la face postérieure de la rotule, dépourvue de cartilage, n'a pas encore contracté d'adhérence bien solide.

Au-dessous du petit trochanter, le fémur présente une saillie irrégulière de tout le corps de l'os; elle ressemble assez bien à un ancien col; cette saillie offre à la face interne du fémur une dépression circulaire dans laquelle est fixé un débris de périoste long de 2 centimètres. Cette saillie est recouverte d'un périoste très peu adhérent.

Celui, du reste, de la diaphyse est très épais, non injecté et un peu moins adhérent qu'à l'état normal, sauf près des condyles; la tête du fémur, irrégulièrement ovoïde, présente deux points dans lesquels le cartilage est nettement détruit sans que le tissu osseux sous-jacent offre rien de notable.

Une coupe passant par le col et la tête les fait voir limitées par un tissu osseux d'un blanc gris dur, sans traces d'interstices ou de canalicules. Le centre de ces parties, au lieu d'un tissu aréolaire chargé de graisse, offre un tissu serré, dense, résistant, et contenant peu de suc médullaire.

20. M. *Cruveilhier* communique à la Société l'observation d'un enfant affecté de *spina-bifida* à la région lombaire, et dont le rachis offre en outre à la région dorsale une cloison antéro-postérieure qui divise la cavité du canal médullaire en deux compartiments distincts.

Dans le courant du mois de juillet 1853, la nommée Guillot, demeurant rue des Casseaux, me présente un enfant nouveau-né dont elle est accouchée depuis cinq ou six jours, ayant une tumeur dans la région lombaire qui présente tous les caractères du *spina-bifida*.

Cette tumeur est située sur la ligne médiane, elle est plus longue

que large, son diamètre longitudinal est de 8 centimètres, et son diamètre transversal est de 5 centimètres. Son volume est à peu près celui d'un petit œuf de poule, sa surface est inégale, bosselée; on y perçoit une fluctuation manifeste. La peau recouvre cette tumeur dans presque toute son étendue, excepté dans quelques points où le tégument externe manque complètement et est remplacé par une membrane transparente dans l'épaisseur de laquelle on voit ramper les vaisseaux capillaires sanguins, et à travers laquelle on aperçoit le liquide céphalo-rachidien aussi clair que de l'eau.

Par la compression, la tumeur diminue de volume, et l'enfant accuse des souffrances très marquées; il pousse des cris plaintifs et s'agite beaucoup.

Près des parties transparentes que nous avons indiquées, et qui sont formées sans doute par la dure-mère rachidienne, on observe des surfaces en voie de suppuration et recouvertes de bourgeons charnus; ce qui donnerait à penser que pendant la vie intra-utérine l'enveloppe qui constitue l'hydro-rachis s'est rompue, et que la solution de continuité s'est oblitérée par cicatrisation.

Cet enfant présente tous les symptômes de la paraplégie: immobilité et insensibilité des membres inférieurs, incontinence d'urine, car l'émission a lieu par regorgement.

L'examen du reste du corps nous démontre qu'il n'existe ailleurs aucun vice de conformation; l'enfant prend bien le sein de sa mère et tette sans difficulté.

Nous prescrivons à ses parents d'éviter toute contusion sur la tumeur, de ne pas en faire l'ouverture, comme ils paraissent en avoir l'intention pour obtenir la guérison qui, disent-ils, aurait lieu de cette manière, et enfin nous faisons panser les parties en voie de suppuration avec une pommade saturnée.

Deux mois après la mère nous rapporte son enfant, qui a pris beaucoup de développement, et qui, sauf son infirmité et sa paraplégie, est dans un état satisfaisant.

Le volume de la tumeur a augmenté d'une manière très notable, et la plaie qui existait est cicatrisée dans tous ses points.

Le 14 septembre 1853, on nous fait savoir que l'enfant est mort à la suite de convulsions qui ont présenté tous les symptômes de la méningite rachidienne, lesquels avaient été pré-

cédés de la rupture de la tumeur deux jours avant sa mort. Par la solution de continuité, il s'est écoulé un liquide assez abondant.

Autopsie. — Le 15, les parents s'opposant à une autopsie complète, nous n'enlevons que la portion de la colonne vertébrale, qui est en rapport avec la tumeur.

En procédant du dehors au dedans, nous constatons que la solution de continuité, qui, d'après le dire des parents, s'est faite au sommet de la tumeur, n'est plus visible.

On n'aperçoit plus à travers les enveloppes de la moelle le liquide transparent dont nous avons parlé. Sur les côtés de la tumeur, la peau est épaisse et est doublée d'un tissu cellulaire graisseux très dense ; sur les parties latérales, nous trouvons les cinq apophyses transverses des vertèbres lombaires unies entre elles par des ligaments : l'arc, et par conséquent les apophyses épineuses de ces cinq vertèbres, manquent complètement, et c'est par cette ouverture du canal rachidien que s'est formé ce *spina-bifida*.

Par la dissection, nous trouvons à l'état normal les ganglion intervertébraux et les nerfs qui sortent par les trous de conjugaison. Ces nerfs émergent, à des distances à peu près égales, de la dure-mère du *spina-bifida*.

Les corps des vertèbres ne présentent rien à noter.

En incisant la tumeur longitudinalement, nous trouvons une poche pleine de matières fibrineuses imprégnées de pus, lesquelles indiquent l'existence d'une méningite rachidienne très intense, et, en outre, on aperçoit sur le névrilème des nerfs contenus dans cette poche des vaisseaux sanguins très nombreux et très rouges.

Après avoir enlevé avec difficulté tous ces produits plastiques et inflammatoires, nous trouvons que cette cavité peut contenir un petit œuf de poule, que les parois en sont constituées par les enveloppes de la moelle, que, supérieurement, le feuillet externe de cette poche est la continuation directe de la dure-mère rachidienne, qu'intérieurement l'arachnoïde paraît tapisser le feuillet externe, et qu'enfin les nerfs qui constituent l'extrémité inférieure de la moelle épinière et de la queue de cheval sont écartés, dissociés, et appliqués contre les parois de la tumeur, qu'ils traversent à des hauteurs différentes.

L'accolement des nerfs contre les parois de la tumeur porte à croire que l'hydropisie a commencé par le centre de la moelle épinière.

Cette poche se termine inférieurement par un cul-de-sac obtus; supérieurement, au niveau de la douzième vertèbre dorsale elle se continue avec le canal rachidien, qui présente une particularité tout à fait remarquable. En effet, on constate que la douzième vertèbre dorsale n'a pas d'apophyse épineuse, mais qu'en revanche l'anneau de cette vertèbre est divisé en deux parties égales par un prolongement osseux en forme d'apophyse qui paraît gagner la partie postérieure du corps de cette même vertèbre, d'où résulte deux canaux distincts à travers lesquels les portions droite et gauche de la moelle épinière s'engagent respectivement pour se rendre dans la cavité du spina-bifida.

Nous regrettons beaucoup de n'avoir pu faire une autopsie complète; nous aurions pu alors savoir jusqu'à quelle hauteur le canal rachidien était ainsi divisé en deux parties distinctes.

Quant au traitement à appliquer à cette tumeur, nous avons cru devoir ne diriger contre elle qu'un traitement palliatif, parce qu'elle était volumineuse, à base très étendue, et que tout traitement aurait été probablement suivi d'insuccès.

21. M. Dufour montre à la Société les *organes génito-urinaires* d'un homme mort à l'hôpital du Midi, et donne les détails suivants :

Le malade, qui a fourni ces pièces, est entré à l'hôpital pour se faire opérer d'un cancroïde de la lèvre inférieure.

Cet homme, âgé de quatre-vingt-huit ans, a toujours joui d'une bonne santé et est encore dans un état satisfaisant pour son âge; il n'a plus de dents, a fumé pendant cinquante ans la pipe, et a cessé depuis dix ans. Pas d'antécédent vénérien. Il entre à l'hôpital pour une ulcération cancroïde de la lèvre inférieure, bien limitée, sans induration périphérique infiltrant les tissus, sans retentissement ganglionnaire sous-maxillaire. Les commissures sont saines, ce qui facilitera la reconstitution de la lèvre. Cette affection remonte seulement à trois ans et aurait débuté par une écorchure faite par un coup d'ongle; peu à peu l'affection s'est accrue malgré les médications les plus diverses. Aujourd'hui, la partie malade est exulcérée, et le malade dit sentir de vifs élanchements dans tous les mouvements des lèvres.

Le 9 novembre, M. Demarquay enlève toute la lèvre inférieure avec le bistouri ; il fait ensuite deux incisions longitudinales, une à droite, une à gauche, partant des commissures labiales et s'étendant jusqu'au rebord du maxillaire inférieur ; les artères faciales sont coupées par ces incisions qui circonscrivent un lambeau quadrilatère qui, détaché, par le bistouri, des parties profondes, est relevé en haut jusqu'aux deux commissures.

M. Demarquay réunit, par la suture entortillée, toute l'étendue des incisions longitudinales. Les premiers jours de l'opération se passent bien, il n'y a pas de réaction générale vive.

Le 12, le malade tousse un peu, et le soir il devient somnolent.

Le 13, M. Demarquay enlève les épingles, les lèvres des lambeaux paraissent réunies ; le malade ne se plaint toujours de rien, mais semble cependant avoir moins de conscience des actes extérieurs ; on lui conseille de se lever, de ne pas rester au lit. On ne soupçonne pas la gravité de son état. Somnolence le reste du jour.

Le 14 novembre, rêvasserie dans la nuit ; état plus marqué d'abattement, mais qui cependant ne fait pas présager une mort aussi prochaine ; pas de fièvre. Le soir, affaissement, sommeil qui persiste toute la nuit ; on le trouve le lendemain matin vers cinq heures avec respiration stertoreuse et coma ; il expire peu de temps après.

Autopsie. Parois crâniennes très minces. Cerveau d'une consistance remarquable, nullement congestionné, grande quantité de sérosité sous-arachnoïdienne gélatiniforme d'une teinte bleuâtre et demi-opaque, en détachant la pie-mère des circonvolutions, toute cette sérosité s'écoule d'elle-même, la pie-mère se sépare parfaitement des circonvolutions.

Cœur sain, un peu d'épaississement sénile du bord libre des valvules artérielles et auriculo-ventriculaires gauches seulement ; plaques crétacées et athéromateuses abondantes dans la crosse de l'aorte. Rien dans les plèvres. Les sommets des deux poumons présentent un épaississement du feuillet séreux considérable avec une sorte de sécheresse du tissu pulmonaire sous-jacent, ce que l'on a appelé improprement, selon moi, des cicatrices de cavernes tuberculeuses, et que l'on doit bien plutôt regarder comme une altération analogue à celle qu'offre si souvent l'enveloppe séro-

fibreuse de la rate chez les vieillards. Le lobe inférieur du poumon droit est très congestionné et ramolli (splénification des vieillards). Dans le bord tranchant du lobe inférieur du poumon gauche, on trouve une hépatisation rouge, bien évidente, le parenchyme incisé tombe au fond de l'eau.

A l'autopsie, les lèvres de la plaie, qui paraissaient réunies, se séparent à la moindre traction.

Rien de remarquable aux reins et au foie ; la rate présente un épaissement considérable et comme cartilagineux de son enveloppe séro-fibreuse ; elle est petite et non ramollie. La cavité abdominale est très chargée de graisse ; la vessie contient de l'urine et présente quelques particularités assez remarquables ; à droite du trigone vésical elle offre une ouverture circulaire bordée par deux colonnes musculaires ; cette ouverture assez grande pour recevoir la pulpe de l'indicateur, pénètre dans une cavité latérale postérieure de la capacité d'une noix environ ; et dont les parois très minces et transparentes ne sont formées que par la muqueuse, ayant fait hernie à travers les colonnes charnues de l'organe.

A la pointe du trigone vésical existe une bande musculaire très élevée de bas en haut, de manière qu'en arrière d'elle est une petite cavité plus basse que le col vésical où un petit calcul aurait très bien pu passer inaperçu pendant la vie, même aux mains les plus expérimentées. En avant de la bande musculaire existe une saillie mamelonnée, grosse comme une amande de noisette, formée par le lobe moyen de la prostate. Les lobes latéraux sont à peu près normaux ; seulement de chaque côté du lobe moyen existent deux petites rigoles qui, à leur paroi inférieure, présentent deux espaces de petits replis transversaux de la muqueuse, transparents, parfaitement comparables aux valvules de Tarin de la luette du cervelet, replis dans lesquels le bec d'une sonde peut s'engager.

L'urètre est parfaitement normal.

Les vésicules séminales sont remplies d'un liquide visqueux transparent, qui, examiné au microscope, ne présente pas de spermatozoïdes.

Les testicules sont petits, atrophiés, flasques ; les épididymes sont, au contraire, très développés, mais sans induration ; ils sont comme injectés et distendus, surtout dans leur milieu,

par une sorte de liquide blanc jaunâtre. Ce liquide, qui a une apparence laiteuse, examiné au microscope à un grossissement de 500 diamètres, contient quelques rares gouttelettes huileuses et une substance excessivement transparente qui semble composée d'un nombre considérable de petits filaments d'une ténuité remarquable, et qui pourraient bien être des vestiges de spermatozoïdes. Les deux canaux déférents dans leur portion scrotale laissent suinter à la pression un liquide blanc opaque, qui, au microscope, paraît composé de petites granulations brillantes, probablement graisseuses.

Le parenchyme testiculaire n'a plus sa couleur normale; il est plus jaunâtre, et les tubes séminifères, examinés au microscope, sont déformés, n'ont plus de contours nets, et sont infiltrés de nombreuses gouttelettes graisseuses. Le liquide qu'on en extrait ne renferme pas de spermatozoïdes.

22. M. Depaul montre un cas remarquable d'*exstrophie de la vessie*, avec deux utérus, deux vagins et l'ouverture de l'intestin grêle et du gros intestin à la paroi abdominale.

Cette pièce provient d'une petite fille née vivante dans les premiers jours de novembre. Elle était jumelle; sa sœur, qui n'offre aucun vice de conformation, continue à se bien porter.

La mère, âgée de vingt-trois ans, accouchait pour la première fois. La grossesse et l'accouchement n'ont présenté aucune particularité qui mérite d'être signalée.

Voici les particularités qui m'ont paru les plus importantes : Dans la région hypogastrique, depuis le pubis jusqu'au cordon ombilical, et transversalement dans l'étendue de 5 centimètres, existe une tumeur rougeâtre, présentant plusieurs inégalités et une saillie de 2 centimètres en particulier qui est placée au centre et qui, par sa forme, représente une espèce de verge. De chaque côté, et au même niveau, on voit deux petites dépressions, au centre desquelles se trouve un pertuis dans lequel s'engage un stylet fin et par où s'écoulait de l'urine pendant la vie, lorsque l'enfant se livrait à quelques efforts. Le cordon s'insère à la partie supérieure de la tumeur qui, en ce point, est uniquement formée par le péritoine parfaitement transparent. Entre les deux pertuis précédemment indiqués, existe une autre ouverture inégale qui conduit dans l'intestin grêle et dans le gros intestin. Audessous de la tumeur, se trouvent deux rudiments de grandes

lèvres et les orifices de quelques follicules muqueux. Il n'y a pas d'orifice anal.

Un examen des parties intérieures permet de constater les dispositions suivantes :

Tout est à l'état normal dans la cavité thoracique. La rate et le foie sont à leur place et bien conformés. Le rein du côté droit, plus volumineux que d'habitude et surmonté de sa capsule, occupe la situation habituelle. Au-dessous, se trouve une poche presque aussi volumineuse que lui, qui a les apparences d'une vessie, mais qui n'est autre chose que l'urètre distendu par l'urine. Cette poche se continue avec lui par sa partie supérieure, s'accrole à une espèce de cloaque très restreint et communique avec l'extérieur par le pertuis dont il a été déjà question. A gauche, on ne remarque que la capsule surrénale, et j'ai d'abord cru qu'il n'y avait qu'un seul rein. Mais une dissection attentive m'a bientôt fait voir qu'il n'en était pas ainsi. En effet, ce second organe, plus petit d'un tiers que le précédent, existe profondément caché dans l'excavation pelvienne. De son échancre part un urètre non dilaté qui s'accrole à l'autre moitié de l'utérus, longe une autre cloaque et s'ouvre par le second petit pertuis signalé sur la tumeur externe.

Il y a deux utérus parfaitement distincts dans toute leur étendue; ils se présentent sous la forme de deux petites cornes recourbées en dehors à convexité supérieure. A chaque extrémité libre et légèrement renflée, sont appendus la trompe et son ligament, et un tout petit ovaire parfaitement reconnaissable. L'extrémité antérieure est adhérente et embrassée par une petite poche remplie d'un mucus blanchâtre, et celle du côté gauche communique par une petite ouverture avec l'intestin. Les deux poches sont longées par les urètres de sorte qu'elles représentent deux vagins très courts et comme renflés, où aboutit le col de chacun des utérus. Ces deux utérus ont un col parfaitement dessiné et qui fait une saillie de 2 à 3 millimètres dans chacun des cloaques ou vagins, le diamètre longitudinal de chaque vagin est de 3 centimètres. Le tube digestif est parfaitement conformé depuis l'estomac jusqu'à l'extrémité de l'intestin grêle qui s'ouvre à la paroi du ventre, un peu au-dessous de l'ombilic, par une fente assez large, demi-circulaire, à concavité inférieure. Il est entièrement vide, sans trace de méconium. Le gros intestin

se trouve réduit au cœcum et n'a qu'une étendue de 2 centimètres environ. La même ouverture le fait communiquer avec l'intérieur. Les deux pubis sont séparés; un écartement de 3 centimètres $1/2$ existe entre eux.

23. M. Verneuil montre un *testicule* enlevé comme atteint de *tubercules*.

Il est volumineux, bosselé, le cordon testiculaire l'entoure; et à la place de l'épididyme on trouve une caverne aréolaire pleine de matière tuberculeuse. Le testicule lui-même présente une foule de petites bosselures desquelles la pression exprime de la matière tuberculeuse; ces sortes de petits mamelons ont un orifice à leur centre, et se continuent avec les tubes séminifères qui sont hypertrophiés. Il semble donc que la matière tuberculeuse est déposée dans les tubes séminifères.

M. Broca a vu, dans le canal déférent, de la matière tuberculeuse concrétée qui ressemblait à un phlébolithe et oblitérait complètement le conduit.

24. M. Denucé montre une *tumeur érectile* de la grosseur d'une noisette, et qui se trouvait appendue à la grande lèvre par un long pédicule.

M. Cruveilhier rappelle que Dupuytren portait à la lèvre inférieure une *tumeur pédiculée*, se distendant dans les efforts, et que ce chirurgien fit enlever.

M. Broca fait la communication suivante :

Un malade portait une *tumeur érectile de la lèvre inférieure*. La pression répétée de la dent incisive supérieure déterminait, il y a huit ans, l'ulcération de la tumeur. Aujourd'hui, cette tumeur ressemblait à un cancroïde, je l'enlevai : on trouvait au-dessous des muscles la structure caverneuse, mais dans la couche superficielle, c'était un tissu homogène, de nature fibro-plastique. Le malade est guéri.

M. Laugier a enlevé, il y a quelques jours, une *tumeur érectile de l'orbite*, à travers laquelle on avait passé des sétons; cette tumeur contenait beaucoup de kystes : or, il faudrait savoir si ces kystes sont entre deux oblitérations des veines, dans le canal même du vaisseau. Cela rappellerait la doctrine de M. Cruveilhier relative à la formation des kystes placentaires. Cette doctrine, je ne saurais la partager, car le microscope a démontré que les villosités du chorion sont creuses avec un épithélium nucléaire à

l'intérieur, et dans les moles, on trouve les villosités de plus en plus grandes, et le même épithélium à l'intérieur. Quel que soit le volume du kyste, c'est la même disposition que l'on rencontre.

M. *Cruveilhier* dit que ce qui l'avait conduit à sa théorie, c'était la connaissance de la planche d'Albinus, où l'on trouve des vaisseaux oblitérés par points et dilatés dans d'autres.

M. *Denucé* rappelle que les kystes peuvent se former dans les conduits vasculaires, dans les conduits des glandes, qu'en outre, on en trouve dans les tumeurs érectiles qui semblent avoir la même origine, qu'enfin, il serait possible que les kystes des os eussent pour siège les canalicules osseux dilatés; tous ces faits lui paraissent avoir un certain enchaînement.

M. *Broca* pense qu'il faudrait avant tout démontrer que les kystes ne peuvent se former que dans des cavités préexistantes. On sait que M. *Lebert* était loin d'admettre cette manière de voir; cet observateur, pour appuyer sa doctrine de la formation par hétérotopie plastique, montrait des kystes contenant 20 à 30 poils; or, un kyste sébacé ne peut contenir que quelques poils, et tout en combattant l'opinion de M. *Lebert*, je restais, dit M. *Broca*, embarrassé pour expliquer cela; j'aurais voulu voir un kyste profondément placé et contenant des poils; or, j'en ai depuis trouvé un exemple; sous le digastrique d'un cheval, à l'angle de la mâchoire existait un kyste rempli de poils, de matière grasse et tapissé d'un épithélium; il y avait donc eu là formation d'une membrane ayant sécrété les produits intérieurs. Je ne saurais comprendre autrement la production de cette poche.

25. M. *Bidard* montre à la Société un abcès du poumon ouvert dans le péricarde, survenu chez un homme mort d'infection purulente à la suite de l'opération d'un cancroïde de la langue. Le 15 septembre 1853, entre à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. *Richard*, un cultivateur bien constitué, n'ayant jamais eu de maladie vénérienne, et toujours très bien portant. Il y a huit mois, il lui est survenu, sur le bord gauche de la langue, un petit bouton, qui a augmenté de volume assez rapidement, s'est bientôt ulcéré et constitué, au moment de son entrée à l'hôpital, un cancroïde commençant à 2 centimètres en arrière de la pointe, se terminant au niveau du pilier antérieur du voile du palais, et comprenant toute la moitié gauche de la

langue. La muqueuse qui recouvrait cette tumeur est en grande partie détruite, et l'ulcère est un peu fongueux, à bords légèrement spillants, et sillonné de crevasses profondes. Pas de signes de cachexie.

Le 18, M. A. Richard se détermine à détruire la tumeur par la ligature multiple, faite suivant le procédé de M. Rigal de Gaillac. Après avoir fendu largement la joue, il conduit de bas en haut cinq fils à anses très forts, qui circonscrivent parfaitement les tissus malades, et sont liés deux à deux, les anses une fois coupées, de manière à priver de vie la tumeur. La plaie de la joue est ensuite réunie par de nombreux points de suture.

Les jours suivants, il y eut du gonflement de la langue et de la région sous-maxillaire qui empêcha la déglutition, mais laissa la respiration facile et n'inspira pas d'inquiétudes sérieuses.

Le 21, la réunion de la joue était à peu près complète, et le 23 toute la tumeur entièrement mortifiée, fut détachée par de faibles tractions. Il fut évident alors que tout le mal était enlevé et la plaie de bon aspect ; des bourgeons charnus s'y montraient.

Le 25, le malade mange une portion.

Le 27, il survint quelques frissons, avec une toux sèche, très fréquente, sans crachats sanglants, sans point de côté et sans fièvre notable. Deux jours plus tard, les crachats étaient purulents et assez abondants pour remplir deux crachoirs en vingt-quatre heures. La toux à peu près continue rendait l'auscultation presque impossible ; il n'y avait point de matité anormale. Ces signes persistaient en s'aggravant, et il s'y ajouta bientôt un état adynamique très prononcé, avec irrégularité et intermission du pouls.

Le 5 octobre, on constata, dans la région précordiale, une matité très étendue, remontant jusque vers le bord supérieur du sternum ; en même temps, les bruits du cœur étaient un peu sourds, éloignés, et l'un d'eux n'était pas perçu par intervalle. Ces phénomènes ne se représentèrent plus à une autre exploration.

Les troubles de la respiration et la prostration augmentèrent chaque jour. La mort survint le 14 octobre.

A l'autopsie, on trouve la plaie de la langue complètement cicatrisée et formant une membrane mince, lisse et un peu extensible. La cicatrice présente, vers son centre, un noyau dur, comme squirrheux, qui prouve que le mal a déjà reparu.

La plèvre gauche contient quelques fausses membranes et une petite quantité de sérosité. Le lobe supérieur du poumon gauche est le siège d'un énorme abcès qui commence à 3 centimètres au-dessous du sommet de ce poumon, se termine à 2 centimètres de sa face inférieure et comprend presque toute la largeur de ce lobe. La plèvre pulmonaire en constitue seule la paroi externe dans une étendue de la largeur de la paume de la main. Dans les autres points, les parois sont formées par le tissu pulmonaire déchiqueté, offrant des brides, des lambeaux flottant et formant des sinus plus ou moins profonds. Ces parois ne sont pas tapissées par une fausse membrane, et le tissu pulmonaire qui les forme, simplement congestionné, ne porte pas de trace d'hépatisation. Cet abcès communique avec les bronches par deux points que l'insufflation fait reconnaître. Aussi, la trachée et la bronche gauches contiennent-elles beaucoup de pus. La partie antérieure du bord inférieur du même lobe offre deux petits abcès, bien isolés, du volume d'une noisette, et semblables, pour l'aspect, à celui que nous venons d'indiquer. Le lobe inférieur du poumon gauche et le poumon droit sont sains.

Le péricarde est intimement uni à la partie correspondante de la plèvre gauche, et l'on fait facilement passer dans sa cavité une partie de la grande quantité de pus contenu dans l'abcès du poumon. La communication entre ces deux cavités se fait au moyen d'une ouverture située à la partie inférieure gauche du péricarde. Cet orifice permet l'introduction de l'index, est arrondi, à bords nettement coupés et non calleux. Le péricarde semble avoir été fortement distendu, car il forme, en avant de l'aorte, un cul-de-sac qui remonte jusque vers l'origine du tronc brachio-céphalique.

Le foie et les reins ne sont pas altérés.

Remarquons que l'infection purulente a seule pu produire ces abcès multiples du poumon, dont les parois n'offrent pas de traces de pneumonie, et dès lors que la ligature peut, comme l'instrument tranchant, produire cet accident formidable.

26. M. Dufour montre à la Société un très bel exemple de *dépôts blancs sur les cartilages articulaires*.

Ces pièces proviennent d'un vieux goutteux qui déjà plusieurs fois avait été traité par M. Ricord et chez lequel l'usage prolongé du colchique avait amené un grand bien-être. Depuis quelque

temps avant l'entrée, les douleurs étaient redevenues plus vives et le malade ressentait un état de malaise peu apparent aux yeux du médecin, mais dont il se plaignait beaucoup. Depuis longtemps, il portait des nodosités aux articulations des phalanges, mais nodosités régulières, à peau luisante, peu mobiles, sensibles à la pression, non accompagnées de subluxations, sans rétraction musculaire, sans amaigrissement de la main qui, au contraire, présentait plutôt une sorte de bouffissure. Ces caractères sont bien différents de ceux des déformations du rhumatisme chronique dit improprement goutteux, goutte athénique, bien décrite dans la thèse de M. Charcot (1853). Pareilles nodosités existaient aux phalanges de la main gauche et aux deux articulations métacarpo-phalangiennes des deux premiers orteils. Le malade n'avait pas de main droite, il avait subi l'amputation de l'avant-bras dans sa jeunesse par suite de l'explosion d'une boîte à poudre. Il est très chargé d'embonpoint et dans un état de caducité un peu anticipée pour son âge.

A cause de son état de malaise, il est soumis pendant quelques jours à des purgatifs. Mais le malaise ne fait qu'augmenter et vers la fin d'août, le malade est obligé de ne plus se lever, les deux articulations du genou deviennent douloureuses et gonflées, bientôt après apparaît de la tuméfaction aux articulations tibio-tarsiennes, à celles du coude et du poignet gauche. Le poulx était fréquent sans avoir l'ampleur que l'on rencontre dans le rhumatisme aigu. Les douleurs arthritiques simulaient cependant à s'y méprendre celles du rhumatisme.

Néanmoins la marche insidieuse, subaiguë, lente et la terminaison fatale et inattendue, les lésions anatomo-pathologiques de ce cas intéressant nous paraissent décider la question en faveur de la différence de nature de la goutte et du rhumatisme.

Dès le début, M. Ricord prescrit : Collodion sur les jointures malades et sulfate de quinine ; le malade reste soumis à ce traitement pendant plusieurs jours sans amendement notable, si ce n'est peut-être un peu moins d'acuité dans les douleurs ; poulx toujours fréquent mais peu développé. On cessa le sulfate de quinine pour la teinture de colchique, l'état général ne s'améliorait pas, prostration extrême ; le malade ne mangeait pas et se plaignait surtout d'une insomnie continuelle, depuis le début de sa maladie. Décubitus continu en supination, embarras des

voies respiratoires, crachats épais, muqueux, très gluants, légèrement teintés, mais non rouillés, pas de pleurodynie, rien au cœur, quelques râles sonores, dyspnée, pas de coma ni de délire. Ces symptômes continuèrent quelques jours sans aggravation, lorsque tout à coup, le 10 septembre au matin, vers quatre heures et demie, le malade fut pris de symptômes apoplectiformes, avec stertor, chaleur extrême de la peau, sueurs abondantes; on essaie de le saigner; on retire à grand'peine une demi-livre de sang et il expire presque aussitôt après une heure d'agonie.

Autopsie. — Un peu de sérosité louche sous l'arachnoïde, aucune trace d'inflammation, cerveau sain.

Poumons très congestionnés dans tout leur parenchyme avec adhérences pleurales résistantes, très étendues.

Peu de sérosité dans le péricarde, tissu du cœur ramolli chargé de graisse, les cavités cardiaques remplies de caillots rouges, mous; nulle part de caillots fibrineux adhérents. Cavité abdominale chargée de graisse dans les parois, les épiploons, le mésentère, mais ne présentant aucune lésion. Vessie distendue par beaucoup d'urine; rien aux reins.

Toutes les articulations, genoux, coudes, articulations du poignet, tibio-tarsiennes, scapulo-humérales, astragalo-scapholdiennes, métacarpiennes, métatarsiennes et phalangiennes nous présentent une altération semblable, à savoir une couche crétacée d'un blanc mat, comme crayeux, recouvrant les cartilages diarthrodiaux. Ceux-ci semblent avoir un peu diminué d'épaisseur et perdu de leur blancheur normale, ils ont une teinte vineuse, surtout vers leurs bords, comme des cartilages qui ont macéré pendant quelques jours. Les genoux, les coudes, les articulations du poignet gauche et tibio-tarsiennes qui avaient été le siège d'un travail phlegmasique dans la dernière attaque, sont de plus remplies d'une sérosité filante et trouble mais non pas de manière cependant à constituer des hydarthroses véritables; de sorte que le gonflement existant pendant la vie était dû surtout à la fluxion des parties molles péri-articulaires. Dans les vastes synoviales des genoux, on voit le tissu cellulaire sous-synovial très hypertrophié et rempli de graisse, le cul-de-sac supérieur de l'articulation présente aussi des franges synoviales très nombreuses et très considérables, elles sont constituées par de petits amas de graisse

pédiculés et recouverts par la synoviale ; on voit çà et là sur la synoviale de cette partie de l'articulation de petits points crétacés comme une fine poussière de craie qu'on aurait soufflée dans l'articulation ; si l'on essaie de détacher ces petits amas, on s'aperçoit qu'ils sont dans le tissu sous-séreux et recouverts par la synoviale parfaitement transparente.

En examinant de près les couches crétacées des cartilages nous remarquons qu'on ne peut entièrement les enlever et qu'elles pénètrent dans la profondeur du tissu cartilagineux, dans l'épaisseur environ d'un demi-millimètre et sur une coupe mince dans le sens vertical. Au microscope, on les voit à un faible grossissement pénétrer le tissu cartilagineux sous la forme de petites aiguilles très déliées. La substance crétacée soumise par M. Personne, pharmacien en chef de l'hôpital, à une analyse qualitative a donné des traces considérables d'urate de chaux et d'ammoniaque.

Cette lésion des cartilages est tout à fait semblable à celle présentée par M. Broca pendant l'année 1852, à la Société anatomique. (Voy. le *Compte rendu général de l'année*, par M. Denucé, secrétaire.)

Les tuniques vaginales contiennent un peu de liquide et l'une d'elles présente un petit corps graisseux lobulé et pédiculé analogue aux franges synoviales du genou.

Autour de toutes les articulations, on trouve dans le tissu cellulo-fibreux péri-articulaire, de petits dépôts crétacés irrégulièrement disséminés, mais pas de concrétions tophacées proprement dites. Ces petites masses crayeuses n'ont pas été analysées, mais nous pensons qu'elles étaient de même nature que les dépôts intra-articulaires.

Autour des petites articulations, doigts et orteils, où existaient habituellement des nodosités, avec peau luisante, amincie, adhérente, le tissu fibro-celluleux péri-articulaire est hypertrophié et induré et présente un grand nombre de ces petits dépôts épars ; nulle part il n'existe de déformation ou de végétations osseuses ; sur les têtes articulaires, enfin pas de trace d'arthrite sèche comme dans le cas de rhumatisme chronique.

27. M. Axenfeld montre à la société un péricarde qui, à la suite de l'inflammation, offre une adhérence complète de ses deux feuillets.

La malade qui a fourni cette lésion avait présenté pendant la vie un double épanchement pleurétique avec ascite et œdème des membres inférieurs. L'auscultation du cœur n'avait révélé aucun bruit anormal ni modification des bruits normaux. La plèvre est recouverte d'épaisses fausses membranes qui déterminent des adhérences solides.

28. M. *Axenfeld* présente en outre le cœur d'un malade qui pendant la vie offrait un bruit de souffle aux deux temps, l'un rude, l'autre doux ; le médecin qui l'examinait, persuadé que les rétrécissements valvulaires peuvent produire un double bruit, ou un seul bruit à l'un ou à l'autre temps, avait pensé à un rétrécissement mitral ; or on ne trouve que quelques *éraillures* sur les *valvules*. Un reflux pouvait probablement se faire par ces éraillures.

M. *Leudet* remarque que ces éraillures des valvules ne sont pas rares, et il a vu cette lésion exister sans production de souffle ; par conséquent l'explication donnée par M. *Axenfeld* lui paraît douteuse. D'ailleurs, il ne croit pas que ce bruit au deuxième temps existe avec le rétrécissement mitral.

M. *Axenfeld* répond qu'une lésion peut, dans certains cas, produire un bruit de souffle sans que cela ait lieu constamment.

29. M. *Leudet* montre :

Une tumeur cérébrale provenant d'un homme de soixante-cinq ans, entré dans le service de M. *Rayer* avec les symptômes suivants : Décubitus dorsal, yeux clos, pupille dilatée, état comateux, contracture du bras et de la jambe gauches avec quelques secousses épileptiformes, pas de rétention d'urine. La sensibilité persistait à gauche ; plus tard la contracture cessa et fit place à de la résolution des membres, on applique des ventouses à la nuque. M. *Leudet* porta le diagnostic suivant : Ramollissement avec tumeur cérébrale, probablement fibro-plastique de la convexité.

Ce diagnostic lui paraissait confirmé par les symptômes de compression qui étaient manifestes, par l'absence de trouble des fonctions des nerfs sensoriels de la base du cerveau, par l'absence de tubercules, de cancer dans les divers organes.

A l'autopsie, aplatissement des circonvolutions sur la partie latérale de l'hémisphère droit, dure-mère adhérente à une petite masse jaune-rougeâtre facile à détacher de la substance cérébrale

d'une dureté assez considérable et entourée de substance cérébrale ramollie. Sur les circonvolutions du côté opposé, on trouve une tumeur analogue, mais plus petite : l'examen microscopique n'a pas été fait, mais ces tumeurs n'ont pas l'aspect du cancer.

30. M. *Leudet* montre le *tube digestif* d'un homme qui s'est empoisonné avec de l'ammoniaque, dont il avait avalé près d'un verre. Ce malade arriva à l'hôpital à six heures du matin avec de l'anxiété, se plaignant d'une douleur au niveau du cou, et ayant des vomissements assez fréquents (le malade avait pris un vomitif). On appliqua dix sangsues sur le cou, le lendemain nouvelle application de sangsues. Le quatrième jour, des symptômes de bronchite se manifestèrent, le malade s'affaiblit peu à peu et mourut.

A l'autopsie, il avait la langue à peine tuméfiée, la muqueuse linguale présente quelques éraillures et est d'une coloration jaunâtre ainsi que celle du voile du palais ; le pharynx offre quelques ulcérations superficielles. L'œsophage est coloré en jaune, et çà et là on trouve quelques petites ecchymoses sous-muqueuses. On remarque en outre de petites ulcérations à la partie supérieure de l'estomac, et au grand cul-de-sac de cet organe se rencontre une escarre couverte d'un détritus noirâtre ; la muqueuse est détruite en certains points, ramollie dans d'autres, et offre un aspect mamelonné au pourtour du pylore. Les orifices des follicules du duodénum sont très ouverts, l'intestin grêle offre aussi la coloration jaunâtre, et près de la valvule iléo-cœcale, on voit beaucoup de follicules isolés très développés, comme dans le choléra ; même coloration jaunâtre dans le gros intestin, pas d'ulcérations ou de follicules hypertrophiés. La muqueuse des voies aériennes présente une injection manifeste s'étendant jusque dans les petites bronches ; le foie est un peu mou, le rein un peu congestionné.

M. *Broca* remarque que la limite exacte de la lésion au grand cul-de-sac concorde parfaitement avec les données de la physiologie relatives à la digestion dans l'estomac.

OBSERVATION.

Altération remarquable des os du crâne. — Par M. Rouget,
aide d'anatomie de la Faculté.

Gambey (Jeanne-Françoise), âgée de soixante-trois ans, tem-
T. XXVIII. — 28^e ANNÉE, 1853. 25

pérément lymphatique, constitution affaiblie, entre à la Charité (service de M. Gerdy) en juin 1853.

A l'âge de dix-sept ans, à la suite de rapports sexuels suspects, Jeanne eut à l'aîne gauche un bubon. Elle entra à l'hôpital des Vénériens dans le service de M. Cullerier, et fut soumise pendant six semaines à un traitement mercuriel. Le bubon suppura. A cette époque, au dire de la malade, on ne constata l'existence d'aucun chancre, mais il n'y eut pas d'examen au spéculum. Depuis aucun des accidents secondaires de la syphilis ne se serait montré chez notre malade. Seulement, il y a trois ou quatre ans, il lui est survenu à l'avant-bras droit une petite tumeur roulant sous la peau et du volume d'une aveline. Au bout de sept ou huit mois, cette tumeur disparut. Vers la même époque, de petites tumeurs apparaissent sous le cuir chevelu, qui s'abcèdent et guérissent en six semaines par une cicatrice adhérente à l'os. Il y a deux ans de nouvelles tumeurs surgissent sous le cuir chevelu, un peu plus bas que les précédentes : ces tumeurs sont dures, chaudes, douloureuses, s'ouvrent d'elles-mêmes, et donnent lieu à des ulcérations et à des fistules ; puis ces ulcères se rapprochent, et enfin depuis un an le frontal est à découvert.

Etat actuel. — Sur le sommet de la tête nous trouvons une dépression due à la cicatrisation d'un des premiers abcès, puis au-dessous la surface du front gonflée, indurée, rouge, épaisse, et résistant à la pression du doigt. Au centre de cette surface se montre une dénudation du frontal qui commence au niveau des bosses frontales et se termine 3 centimètres plus haut. Cette dénudation présente dans son diamètre transversal 7 à 8 centimètres. Le frontal est brun, dur, ferme, et irrégulièrement érodé. Si on le presse avec un stylet, il résiste très fortement dans plusieurs points, il est percé de trous par lesquels un stylet pénètre sans rencontrer de résistance jusqu'à près de 3 centimètres de profondeur.

Le 28 juin un fragment du frontal se détache et entraîne une substance grise, molle, analogue à du mastic et très fétide ; le fond de l'excavation que laisse à nu la chute du séquestre est entièrement rempli par cette matière ; on en enlève une certaine quantité avec une spatule, et l'on aperçoit alors à plus de 2 centimètres de profondeur une membrane, la dure-mère sans doute, recouverte de bourgeons charnus, et soulevée par les battements

du cerveau. Le 2 juillet, on enlève un fragment du front plus considérable que le précédent, et, comme lui, dur, inégal, noirâtre et profondément érodé à ses deux faces. A partir de ce moment la malade, déjà très affaiblie à son entrée à l'hôpital, tombe dans une cachexie de plus en plus profonde, et à la suite d'érysipèles répétés et d'une diarrhée continuelle, elle succombe à la fin du mois de septembre.

Autopsie, abdomen. — Le foie examiné avec soin, dans le but de rechercher les indurations fibro-plastiques signalées par M. Gubler dans la syphilis, ne présente rien d'anormal, non plus que les autres viscères abdominaux.

Thorax. — Un noyau de tubercule crétaqué gros comme une aveline existe au sommet du poumon droit. Engorgement hypostatique dans le lobe inférieur du poumon gauche.

Crâne. — Les sutures sont ossifiées, et tous les os du crâne et de la face présentent une dureté et une épaisseur remarquables.

Au sommet de la tête, sur le côté gauche de la suture bipariétale, existe une dépression de l'os avec adhérence des tégu-ments et du périoste au point déprimé; c'est en cet endroit que se trouvait la cicatrice d'un des abcès symptomatiques, antérieur à l'entrée de la malade à l'hôpital.

Au centre du frontal existe une vaste excavation de 7 à 8 centimètres de largeur sur 5 à 6 de hauteur. Le fond de cette excavation est formé par la dure-mère recouverte de bourgeons charnus, et par places de minces plaques osseuses de nouvelle formation. A ce niveau du côté de la cavité crânienne, on observe une saillie de près de 1 centimètre, correspondant à une dépression manifeste du lobe frontal gauche, sans altération aucune de la substance cérébrale. La moitié droite de l'excavation est libre, mais dans la moitié gauche est enclavé un séquestre de 4 à 5 centimètres de diamètre.

Ce séquestre est dur, inégal, érodé à ses deux faces, creusé de trous et de sillons vasculaires, il est libre et peut être facilement enlevé. Alors entre sa face profonde et le fond de l'excavation, on trouve une couche épaisse de cette matière grise, fétide, de consistance caséuse, dont l'enlèvement des premiers séquestres, du vivant de la malade, avait déjà permis de constater la présence. A la partie déclive de l'excavation qui logeait le séquestre s'ouvrent librement les sinus frontaux des deux côtés. La

cavité de ces sinus est entièrement comblée par une masse de la même matière, contenue avec celle qui occupe le fond de l'excavation. La muqueuse des sinus est vascularisée et épaissie, mais ne présente pas d'autre altération ; les fosses nasales, les sinus ethmoïdaux, sphénoïdaux et maxillaires sont parfaitement sains.

Trois questions se présentent à étudier au sujet de la curieuse altération pathologique qui fait le sujet de cette observation. La première est relative à la source précise de la matière phymatoïde. Cette matière remplit à la fois le foyer de la nécrose et les sinus frontaux. Quel a été le lieu de sa formation première ? A-t-elle eu pour point de départ le sinus frontal, puis, après avoir déterminé la nécrose des parois de ce sinus et des os voisins, s'est-elle épanchée au dehors dans le foyer de la nécrose ? Cette opinion, vers laquelle semblaient incliner deux chirurgiens distingués des hôpitaux, qui ont examiné la pièce pathologique, cette opinion ne me paraît pas cependant devoir être adoptée pour les motifs suivants.

Les fosses nasales et les cavités accessoires sont parfaitement saines, la muqueuse des sinus frontaux eux-mêmes ne présente d'autres altérations que celles d'une légère inflammation chronique, suffisamment expliquée par la présence d'une substance étrangère, fétide et altérée. A aucune période de l'affection la malade n'a accusé de douleurs du côté des sinus frontaux.

Aucune altération de cette nature n'a été observée dans les sinus frontaux (Voy. le Mémoire de M. Dezeimeris), tandis que, comme nous le verrons, elle s'est rencontrée déjà dans d'autres affections des os.

Les os du crâne, d'ailleurs, dans le cas présent, ont été primitivement malades dans d'autres points. La cause qui a déterminé la nécrose du frontal est la même que celle qui a attaqué d'abord le pariétal et augmenté notablement l'épaisseur des os du crâne.

Les sinus frontaux ont été primitivement étrangers à la maladie ; la nécrose et l'isolement d'un séquestre comprenant une partie de leur paroi, leur communication avec le foyer de la nécrose, point de départ de la formation de la substance phymatoïde, et enfin leur position déclive, rendent suffisamment compte de leur envahissement secondaire par cette substance. La seconde question est relative à la nature de l'affection qui nous

occupe. Récemment M. Gosselin a observé à l'hôpital de Lourcine, chez une femme affectée d'accidents tertiaires de syphilis, une maladie des os du crâne, accompagnée de production incessante d'une matière analogue, sinon tout à fait semblable, à celle qui s'est montrée ici. Chez notre malade il y a bien eu à la vérité des accidents primitifs à l'âge de vingt-sept ans, mais rien n'indique l'apparition d'accidents secondaires. Aussi n'est-ce pas sans une très grande réserve qu'il convient de rattacher aux manifestations tertiaires de la syphilis la tumeur développée à l'avant-bras et l'altération multiple des os du crâne observée chez elle. D'ailleurs, lorsque je communiquai cette observation, M. Follin se rappela avoir vu à l'Hôtel-Dieu trois cas de nécrose des os du crâne accompagnés de production d'une matière analogue à celle qui nous occupe. Dans deux cas la cause de la maladie était obscure, et l'on pouvait soupçonner une infection syphilitique; mais dans le troisième cas l'affection des os avait été la conséquence immédiate d'une violence extérieure.

On ne peut donc rattacher la production de cette matière phymatoïde à une cause spéciale. Pourrait-on la rattacher au siège de l'affection des os? Le cas présent, celui de M. Gosselin, ceux de M. Follin, se rapportent tous à une maladie des os du crâne; mais M. Robin, dans un cas que nous rappellerons tout à l'heure, a rencontré dans un tibia cette même substance. Rien ne permet donc jusqu'à présent d'établir, ni par la considération de la nature, ni par celle du siège de la maladie, les conditions de production de la matière phymatoïde.

Le dernier point sur lequel notre attention est appelée, est relatif à la nature de la matière phymatoïde.

Cette matière, de consistance caséeuse, grisâtre, très fétide, présentait assez bien l'aspect intérieur de certains tubercules en voie de ramollissement: aussi la désignons-nous sous le nom de matière *phymatoïde*. Elle ne doit pas cependant être confondue avec les matières analogues que l'on rencontre fréquemment dans certaines tumeurs cancéreuses.

L'examen microscopique ne montre dans cette matière aucun des éléments du tubercule, et à ce point de vue déjà cet examen est indispensable, car je tiens de M. Robin qu'ayant eu un jour à examiner trois pièces qu'on lui avait remises comme étant des tubercules des os, il trouva en effet des éléments du tubercule

dans deux de ces pièces, tandis que la troisième, tout à fait semblable aux autres pour l'aspect extérieur, ne contenait autre chose que de la matière phymatoïde, identique à celle de notre sujet.

L'absence des éléments du tubercule est donc ici un caractère négatif très important.

Quant aux caractères positifs il en existe peu.

Cette matière est composée presque en totalité de gouttes et de granulations graisseuses, de granulations grises, amorphes, et rappelle tout à fait les matières grasses altérées que renferment certains kystes, surtout les kystes fœtaux ou pileux de l'ovaire; les seuls éléments caractéristiques sont d'innombrables aiguilles cristallines d'acide stéarique, libres et isolées, au lieu d'être réunies en pelotes sphéroïdales, comme on les observe fréquemment au moment de leur formation au sein des matières grasses organiques.

La fétidité très prononcée de la matière phymatoïde, jointe à ces derniers caractères, me porte donc à la considérer comme le résultat d'une décomposition putride au sein de l'organisme. Mais sur quoi a porté cette décomposition? Est-ce un foyer purulent qui en a été le point de départ? Sans doute on trouve quelquefois dans le pus une grande quantité de matière grasse et des cristaux de stéarine; mais le siège spécial de cette matière dans l'épaisseur des os me porte plutôt à la considérer comme un résultat de la gangrène des parties molles des os, de la moelle, accompagnant la *nécrose*, qui est la gangrène des parties dures du tissu osseux.

OBSERVATION.

Abcès lombaire communiquant avec le côlon descendant. —
Par M. Laboulbène, interne des hôpitaux.

Petit (Louis), trente-un ans, cordonnier, est entré le 5 avril 1853 à l'hôpital de la Pitié, mort le 16 juillet.

Antécédents. — Les parents de cet homme sont morts très jeunes et à la suite d'une affection chronique. Lui-même a toujours été malade pendant son enfance; il a eu des abcès sous le maxillaire inférieur (ganglions suppurés). Marié depuis quatre ans, il a été beaucoup plus souffrant depuis cette époque; un premier abcès, très long à se cicatriser, s'est formé il y a trois ans dans la région lombaire gauche. Le malade entre aujourd'hui

à l'hôpital pour y être traité d'un autre abcès récemment survenu, et qu'il croit être tout à fait pareil au premier.

Etat actuel. — Taille haute, amaigrissement général très prononcé, pommettes colorées, omoplates détachées du thorax, facies d'un phthisique. Enveloppe cutanée d'une couleur terne; cicatrices violacées des deux côtés du cou; une autre cicatrice rougeâtre, assez étendue (5 centimètres), dans la région lombaire et latérale *gauche* du tronc, au niveau des dernières fausses côtes. On remarque, en outre, à 10 centimètres environ de cette cicatrice, un peu plus bas et en dedans, une tumeur du volume d'un gros œuf de poule, assez molle, fluctuante, sans changement de couleur à la peau. Il n'y a point de déviation du rachis, point de tumeur ni de sensibilité anormale bien marquée le long de l'épine au voisinage de l'endroit indiqué.

Interrogé sur la manière dont cette tumeur s'est développée, le malade répond qu'elle est « venue peu à peu. » Il n'en a souffert que pendant quelques jours et dans les premiers moments où elle apparaissait. Elle a mis un mois à prendre le développement qu'elle offre aujourd'hui. Le malade ne croit point avoir reçu un coup ou fait une chute sur cette région.

La percussion et l'auscultation thoraciques dénotent de la matité sous-claviculaire à gauche et des râles muqueux au sommet du même côté, en avant et en arrière, de l'expiration prolongée du côté droit, avec une sonorité moindre que dans l'état normal. Appétit bien conservé, pas de dévoiement habituel. Sueurs nocturnes, pas d'hémoptysie antérieure.

Diagnostic. — Abcès froid, peut-être ossifluent.

Le 11 mai, l'abcès est ouvert avec le bistouri, il en sort un pus mal lié, fétide, n'ayant pas l'odeur stercorale.

Le malade reste dans les salles pendant un mois et demi à peu près dans le même état. L'ouverture de l'abcès ne se ferme point, il se forme tout autour plusieurs petites collections fluctuantes sous-cutanées; la peau, amincie, se rompt, et il s'établit cinq petites ouvertures donnant issue à un pus séreux, parfois un peu brunâtre, ayant l'odeur fétide du pus altéré dans les abcès froids par suite du contact de l'air.

Injectons aromatiques. cataplasmes.

Pendant ces périodes de suppuration, l'affection pulmonaire

a fait des progrès, les crachats jaunes, épais, caractéristiques, sont très abondants; la toux et les sueurs nocturnes fatiguent beaucoup le malade.

Au commencement du mois de juillet, les jambes s'œdéma-tient, la maigreur devient extrême. La suppuration est moins abondante, et la peau qui revêt les bords de l'ouverture principale de l'abcès lombaire est violacée, amincie, les cinq ouvertures survenues plus tard se sont agrandies. Une escarre s'est produite correspondant à la saillie du grand trochanter droit. Enfin, le malade s'affaiblissant de plus en plus, succombe le 16 juillet à six heures du matin. La diarrhée, qui avait été fort rarement observée pendant toute la durée du séjour, a été très abondante dans les trois jours qui ont précédé la mort. Les matières étaient jaunâtres et avaient une odeur fétide autre que celle du pus de l'abcès. Les divers infirmiers qui assistaient le malade ont tous été unanimes à cet égard.

Autopsie. — Trente heures après la mort, temps chaud.

Rigidité cadavérique assez forte; peau de l'abdomen verdâtre.

Cavité thoracique. — *Poumon gauche* avec plusieurs cavernes considérables au sommet, un grand nombre de tubercules à l'état de cruidité et d'autres en voie de ramollissement, jaunâtres à la coupe dans leur partie centrale. *Poumon droit* avec un très grand nombre de tubercules au sommet; quelques uns sont déjà ramollis et forment de petites excavations. *Cœur* normal.

Cavité abdominale. — *Foie* développé, volumineux, graissant le scalpel, coupe jaunâtre; vésicule du fiel n'offrant rien d'anormal, bile fluant librement. *Rate* volumineuse. *Estomac* normal. *Intestins grêles* ne présentant rien de particulier, ainsi que le *cæcum*, les *colons ascendant et transverse*, et le *rectum*.

Le *colon descendant* ouvert montre une surface interne d'un brun ardoisé avec une petite ouverture anormale, déchiquetée, bien visible sous l'eau, et par laquelle on peut conduire un très fin stylet jusque dans la cavité de l'abcès lombaire. L'intestin adhère au muscle carré des lombes, et ses parois sont très épaissies en cet endroit.

Plus bas, on trouve le même intestin légèrement rétréci dans son diamètre, puis au delà il s'élargit et offre un infundibulum très allongé et fibreux. Le stylet, introduit dans cet infundi-

bulum, va pénétrer dans la cavité de l'abcès lombaire. Les follicules solitaires de l'intestin sont hypertrophiés, saillants.

Les parois de l'abcès lombaire ne communiquent nulle part avec des os malades, soit directement, soit au moyen de trajets fistuleux. La cicatrice ancienne déjà signalée n'a aucun rapport de continuité avec l'abcès récent.

Les reins sont à l'état normal, ainsi que la vessie.

Le cerveau n'a pas pu être examiné.

Cette observation me paraît digne d'intérêt ;

Au point de vue du diagnostic :

Par l'absence des caractères propres aux abcès stercoraux ;

Par les symptômes constants de bon appétit et de selles régulières offerts par le malade.

Au point de vue de l'anatomie pathologique :

Par l'absence d'ulcérations intestinales et par le trajet que le pus de l'abcès lombaire, très probablement situé loin du côlon dès le principe, a dû parcourir pour se mettre en contact avec cet intestin.

Par l'infundibulum de la portion dilatée du côlon descendant, communiquant avec l'abcès lombaire.

Rapport sur les pièces et l'observation précédentes, par
M. P. BROCA, professeur agrégé de la Faculté.

Messieurs, M. Laboulbène, candidat au titre de membre adjoint, a mis sous vos yeux deux pièces intéressantes et deux observations dont je suis chargé de vous rendre compte.

La première pièce provient d'un homme à la fois scrofuleux et tuberculeux, chez lequel il survint, quelques années avant sa mort, un abcès froid dans la région lombaire gauche. Cet abcès s'ouvrit, suppura très longtemps, et finit par se cicatriser.

Au commencement du mois de mars 1852, un second abcès froid se forma peu à peu au-dessous du précédent, et acquit à peu près le volume d'un œuf de poule. Cet abcès fut ouvert au bistouri le 11 mai, puis il se referma imparfaitement et irrégulièrement, de telle sorte qu'au moment de la mort, survenue le 16 juillet, la peau, irrégulièrement cicatrisée, offrait cinq ouvertures distinctes à travers lesquelles s'écoulait une petite quantité

de suppuration. Les matières rendues par ces ouvertures n'avaient jamais présenté le caractère stercoral.

A l'auptosie, on constata d'abord les lésions de la phthisie pulmonaire; mais ensuite et surtout, on trouva du côté de l'abcès lombaire une disposition tout à fait inattendue.

L'abcès froid n'offrait aucune communication avec le squelette. En revanche, il communiquait par un trajet étroit et allongé avec la cavité du côlon descendant.

Quelle était l'origine de cet abcès? Avait-il eu pour point de départ une perforation de la paroi intestinale, ou s'était-il formé spontanément dans le tissu cellulaire, et ne s'était-il ouvert que secondairement dans le gros intestin?

La première hypothèse serait la plus satisfaisante pour l'esprit. L'existence évidente d'une diathèse tuberculeuse chez cet homme permet de supposer qu'un tubercule de la muqueuse du côlon s'est ulcéré, et qu'il a gagné le tissu cellulaire où le contact des matières fécales a déterminé la formation d'un abcès.

Mais l'intégrité parfaite de la muqueuse au-dessus et au-dessous de cette perforation unique, l'absence de dépôt tuberculeux dans les organes autres que le poumon, et de plus l'absence, pendant la vie, des symptômes qui accompagnent l'entérite chronique, rendent assez improbable cette première supposition.

On est donc réduit à penser que la formation de l'abcès froid a été toute spontanée, et ce qui confirme encore cette manière de voir, c'est l'existence antérieure d'un autre abcès froid dans une région très voisine, abcès dont la cicatrice, parfaitement apparente, ne présente aucune continuité, aucune contiguïté avec la paroi de l'intestin.

Il est bien reconnu aujourd'hui que chez les scrofuleux, il peut se former, dans le tissu cellulaire, des abcès froids spontanés dont le point de départ n'est ni dans les os, ni dans les ganglions. Sous ce point de vue, le fait actuel n'offre donc rien de remarquable.

On sait de même que les abcès froids par congestion de la fosse iliaque peuvent, au lieu de se porter vers l'extérieur, s'ouvrir dans la cavité du gros intestin; Wedemeyer en a rapporté un exemple, et il ne serait pas difficile d'en trouver plusieurs autres dans les recueils.

Mais ce qu'il y a de vraiment exceptionnel, dans le cas qui

nous occupe, c'est la marche que le pus a suivie pour venir au contact du côlon descendant. La collection purulente, située d'abord derrière le carré des lombes, et par conséquent, en dehors de la cavité abdominale, s'est creusé de dehors en dedans un trajet long et oblique, et a fini par aboutir à la paroi de l'intestin. Ceci ne s'accorde guère avec cette loi générale émise par John Hunter, et interprétée par lui en faveur des causes finales, loi en vertu de laquelle le pus se dirigerait toujours vers la peau, de même que la plumule des végétaux se dirige vers le ciel. Si John Hunter s'était contenté d'émettre cette proposition comme l'expérience d'un fait que l'observation constate le plus souvent, l'existence d'un grand nombre d'exceptions ne détruirait pas sa doctrine. Mais en invoquant, pour expliquer la marche du pus, l'intervention de la nature médicatrice, cette puissance occulte qui jouerait en petit dans l'organisme le rôle qu'on attribue à la Providence dans l'univers, le disciple de Bacon s'est écarté des excellents principes de son maître; il a substitué l'hypothèse à l'observation et la rêverie à la réalité. Il s'est exposé surtout à voir sa théorie renversée par une seule exception, cette exception, nous n'en sommes plus à l'attendre. C'est par centaines qu'on peut compter les observations où les globules de pus se sont permis de violer la loi huntérienne et de s'aventurer dans des contrées dont la nature médicatrice aurait bien dû leur interdire l'entrée. Cette marche irrégulière du pus a été observée dans la plupart des régions du corps, mais je ne crois pas qu'on ait jusqu'ici publié d'exemple analogue à celui qui fait le sujet de l'observation de M. Laboulbène.

OBSERVATION.

Cancroïde de la joue et des lèvres. — Ganglions sous-maxillaires engorgés.
— Côté droit de la face. — Par M. Laboulbène, interne des hôpitaux.

Bon (Edme), âgé de cinquante ans, manouvrier, est entré le 16 juillet 1853, et opéré le 22 du même mois, à l'hôpital de la Pitié.

Cet homme, d'une bonne constitution, est robuste, bien conservé, à peine grisonnant. Pas d'hérédité de la maladie actuelle. Il a eu huit enfants qui jouissent tous d'une bonne santé.

Il est bien nourri, boit modérément et fume d'habitude dans une pipe à tuyau court, mais du côté opposé à l'endroit malade.

Il s'est aperçu, il y a trois ans au plus, qu'il avait sur la lèvre supérieure près de la commissure droite « une petite grosseur » à laquelle il fit peu attention, un jour « il l'égratigna, il l'écorcha » par mégarde, « elle devint alors une petite plaie qui ne le faisait point souffrir » et dont il ne se préoccupait nullement. Mais depuis un mois ou cinq semaines au plus, une petite tumeur s'est développée sur la joue, au-dessus de la commissure, au delà du sillon naso-labial. Elle a grossi très rapidement, sans faire éprouver au malade de bien vives douleurs, elle s'est ulcérée profondément, et le malade entre à l'hôpital en réclamant une opération.

Examen des parties malades. — Lèvre supérieure présentant une large excoriation dans son quart externe droit, depuis la commissure. Lèvre inférieure avec la même altération morbide, et en outre une saillie papillaire, reconnaissable à de petits tubercules jaunâtres n'occupant qu'une partie du bord ulcéré de cette lèvre. Ulcération de la joue ayant atteint la paroi buccale, à bords relevés, indurés, d'un mauvais aspect, tissus environnants épaissis, engorgés. Il s'écoule de l'ulcération une sanie fétide, et l'air de la cavité buccale sort par l'ouverture anormale de la joue. Ganglions sous-maxillaires du côté droit fortement engorgés, peu douloureux à la pression, roulant sous la peau.

Opération. — Les parties malades étant préalablement rasées, M. le professeur Laugier enlève avec de forts ciseaux un lambeau de tissus en forme de V, comprenant le bord de la lèvre supérieure et la tumeur ulcérée. Avec le bistouri il dissèque dans l'épaisseur de cette même lèvre une plaque indurée laissée par les ciseaux, et il resèque pareillement le bord labial inférieur malade. Il lie six vaisseaux, tord quelques artérioles très profondément situées, et obtient la réunion au moyen de six points de suture entortillée. Deux points de suture entrecoupée sont en outre appliqués pour mettre en contact les bords cutané et muqueux de la lèvre inférieure isolés par suite de l'ablation du bord libre ulcéré.

Pansement avec de la charpie imbibée d'eau fraîche.

Le chloroforme a été employé sur la demande du malade. On lui a fait respirer quelques gouttes de l'agent anesthésique ver-

sées sur une compresse, en permettant le libre accès de l'air par le nez et la bouche. Le malade s'est endormi avec peine et n'a été opéré que dans la période de résolution complète. L'opération a duré un quart d'heure.

Examen de la pièce pathologique. — Une couche jaunâtre et grisâtre recouvrant les parties ulcérées est enlevée. On constate alors que plusieurs parties du bord labial ont un aspect rugueux dû à des saillies papillaires bien visibles.

En soumettant les tissus épaissis à diverses coupes faites avec le bistouri, on constate dans l'intérieur plusieurs points d'un blanc jaunâtre et l'origine des poils dans les follicules pileux; on trouve les glandules labiales hypertrophiées. En pressant fortement les tissus avec les doigts, on ne fait point écouler un suc blanchâtre.

L'examen microscopique fait par moi avec grand soin et que j'ai fait contrôler par mon excellent maître, M. Ch. Robin, m'a fait constater dans toute l'étendue de la tumeur : 1° les éléments de l'épithélium pavimenteux dont les cellules étaient fortement pressées les unes contre les autres, mais dont les noyaux étaient distincts et parfois libres (épithélium nucléaire).

Le diamètre des cellules variait de 0,03 à 0,05 de millimètre dans le diamètre le plus étendu de ces cellules de forme assez irrégulièrement ovale ou polyédrique.

Les noyaux avaient en moyenne 0,01 dans leur plus grand diamètre, leur forme était ovale.

2° Les cellules épithéliales étaient, dans divers points de leur étendue, entremêlées de fibres de tissu cellulaire et d'éléments fibro-plastiques. Il y avait peu de matières amorphes et d'éléments gras.

En plaçant sous les yeux des membres de la Société anatomique cette tumeur ulcérée, je crois qu'elle résulte bien évidemment d'un produit épithélial normal qui a envahi les tissus après s'être accumulé tout d'abord sur le bord de la lèvre supérieure. Ce n'est point, à mon avis, une tumeur cancéreuse, un produit hétéromorphe, mais bien une tumeur épithéliale, épidermoïde, homœomorphe.

Les ganglions sous-maxillaires se sont probablement engorgés sous l'influence inflammatoire seule; aussi pourront-ils revenir à l'état normal, puisque la cause inflammatoire a été enlevée.

Le développement si rapide de la tumeur buccale n'indique pas sa nature, car les productions épithéliales ont souvent une marche prompte qu'elles partagent, du reste, avec les autres tumeurs formées d'éléments principaux ayant la forme de cellules.

Suivant le désir exprimé par M. le rapporteur, je transcris, après cette observation, nécessairement incomplète puisqu'elle a été présentée le jour même de l'opération et après l'examen de la production pathologique épithéliale, les détails relatifs à la marche de la maladie et les renseignements ultérieurs que j'ai recueillis quand le malade a eu quitté le service de clinique chirurgicale de la Pitié.

Je m'empresse de signaler que je dois à l'obligeance de MM. Ménault et Topinard, externes des hôpitaux, les notes recueillies pendant le séjour du malade à l'hôpital Cochin, dans le service de M. Maisonneuve.

Suites de l'opération. — 22 juillet, peu de fièvre dans la soirée, gonflement modéré des parties mises en contact.

Le 23, les points de suture ne se sont point dérangés.

Le 24, on enlève les épingles, la réunion est exacte, le résultat est très satisfaisant. Dans la soirée, je trouve le malade avec de la fièvre; il accuse de la céphalalgie. Il vomit pendant la nuit à plusieurs reprises.

Le 25, il existe une rougeur érysipélateuse autour des points de suture. Dans la journée, les bords de la plaie, déjà réunis, s'écartent. Le 26, on n'observe d'adhérences qu'à l'extrémité, au sommet du V des tissus enlevés.

Les jours suivants, la plaie reste dans le même état de désunion et l'inflammation tombe après une saignée et l'emploi répété des purgatifs.

Le malade quitte le service de M. Laugier le 14 août.

Les bords de la plaie s'étaient froncés et en partie cicatrisés; l'ouverture anormale, produite par la désunion de parties réunies par la suture après l'opération, s'était fortement rétrécie.

Les ganglions sous-maxillaires droits avaient acquis un volume plus considérable et étaient le siège de douleurs lancinantes.

Après la sortie du malade, l'affection cancéroïde a fait des progrès rapides; et voici ce qu'on observait dans le service de M. Maisonneuve, pendant le mois de septembre, à l'hôpital Cochin :

Une profonde ulcération ovoïde, à grand diamètre antéro-postérieur, à grosse extrémité, située en arrière, occupe la région bucco-labiale supérieure droite, et laisse apercevoir le bord droit de la langue (saine d'ailleurs) et le bord alvéolaire supérieur droit. Les bords de la plaie sont noirâtres, humides, sanieux, au côté interne et en dehors; ils sont indurés, rouges, tendus et très douloureux au toucher. Au-dessous de l'œil droit, le malade éprouve un sentiment de cuisson et des douleurs lancinantes plus marquées pendant la nuit ou après un toucher prolongé. La parole est difficile, la respiration gênée. Toutefois l'état général est bon.

On voyait apparaître, quelque temps après l'arrivée du malade, une sorte de gangrène sèche sur les bords de la plaie bucco-labiale. Cette gangrène était superficielle et débutait par un gonflement nettement limité, par des tubercules noirâtres qui se détachaient bientôt en produisant une perte de substance et laissant à nu une ulcération d'un mauvais aspect.

On a employé successivement le fer rouge, les acides nitrique, sulfurique et chlorhydrique, le suc de citron, la pâte de Canquoin, la pâte arsenicale de frère Côme, l'alun, le vin aromatique, etc., et l'on a donné, tout aussi inutilement à l'intérieur, l'iodure de potassium et les préparations ferrugineuses.

A chaque cautérisation, la plaie changeait d'aspect, mais le lendemain, elle ne s'était point modifiée convenablement; l'induration noirâtre, déjà signalée, faisait place à une couche pulsatée noirâtre qui détruisait les tissus en profondeur. Pendant qu'une partie de la plaie était ainsi détruite, une autre partie était rosée, d'un bon aspect et des bourgeons charnus y apparaissaient.

Le travail morbide d'ulcération parut s'arrêter pendant huit jours, tandis qu'un abcès se formait dans les ganglions sous-maxillaires du côté droit. Cet abcès ayant été ouvert, l'envahissement ulcératif et gangréneux reprit son cours. Plus tard, une tumeur tout à fait isolée, indolente, apparut au milieu de la joue gauche, tandis que l'ulcération envahissait au loin les tissus du côté droit, détruisant les parties molles, dénudant les os maxillaires supérieur et inférieur.

M. Maisonneuve, après avoir examiné une partie du tissu morbide, et n'y trouvant pas les éléments du cancer, diagnostiqua un cancroïde à marche aiguë, compliqué de pourriture d'hôpital, et formant une sorte d'ulcère phagédénique.

Aucun travail de réparation ne s'étant produit, l'opération fut proposée, et le malade sortit pour mettre ordre à ses affaires, et rentra le 31 octobre. Le mal s'était encore étendu.

L'opération fut pratiquée le 2 novembre, en plusieurs temps, le malade ayant été soumis à l'inhalation du chloroforme.

1° Incision générale de la peau pour circonscrire les parties malades.

2° Section sur la ligne médiane du maxillaire inférieur, avec la scie à chaîne, puis désarticulation temporo-maxillaire droite.

3° Résection du maxillaire supérieur droit, au moyen de trois sections, la première sur l'os malaire avec la scie à chaîne, la seconde sur les os du nez, avec une pince incisive, la troisième avec une scie à main, de petite dimension, introduite dans la narine.

4° Dissection lente, difficile, pénible, formant le point essentiel de l'opération, et ayant pour but d'enlever tous les tissus envahis, indurés dans les régions parotidienne et sous-maxillaire. Peu de sang a été perdu par le malade ; néanmoins il a fallu, à plusieurs reprises, le stimuler par des frictions, la flagellation, etc.

5° Tentatives d'autoplastie destinées à suppléer en partie à cette large perte de substance.

6° Pansement nul, parties profondes de la plaie laissées à découvert.

3 novembre. Le lendemain de l'opération, peu de réaction fébrile. Toutes les parties sont sèches. La vision est presque impossible du côté droit.

Le soir, le malade a pris un peu de bouillon et d'eau vineuse.

4 novembre. La plaie est humide vers les parties inférieures, les bords sont oedémateux, rouges, chauds surtout en bas. Du pus apparaît entre les paupières de l'œil droit.

8 novembre. La plaie a un assez bon aspect ; elle est sèche et noire dans la portion postérieure laissée au contact de l'air. On place de la charpie sous un des lambeaux de peau qui s'est décollée. La parole du malade est très obscure, presque inintelligible.

11 novembre. Incision de la tumeur signalée sur la joue gauche. Du pus et du sang s'en écoulent par pression.

14 novembre. État général assez satisfaisant. Dans plusieurs points des bourgeons charnus se sont développés. La suppuration est peu abondante et de bonne nature.

Les bords de la plaie commencent à se renverser en dedans. Un peu d'appétit. L'ophthalmie de l'œil droit va beaucoup mieux.

Plus tard, avec le même traitement consistant dans l'exposition à l'air pour les parties supérieures, et de la charpie pour les parties déclives, où elle absorbe le pus, la cicatrisation se poursuit. — L'incision de la joue gauche se forme dans le commencement du mois de décembre, et la tumeur s'affaisse de plus en plus.

L'état général, qui s'était maintenu jusqu'à cette époque, s'altère d'une manière sensible (1). Le malade perd ses forces malgré une alimentation aussi abondante que possible, l'usage de bouillon, d'eau vineuse et de viande. Enfin, s'affaiblissant tous les jours davantage, il succombe le 28 décembre.

L'autopsie, pratiquée avec soin, n'a démontré aucune tumeur dans les viscères splanchniques. La production épithéliale était bornée à la face.

Rapport sur l'observation précédente, par M. P. Broca.

Le deuxième fait de M. Laboulbène, pour être moins rare que celui qui précède, n'en est pas moins digne d'intérêt.

Il s'agit d'un cancroïde de la lèvre supérieure et de la commissure labiale opéré par M. Laugier. La tumeur, examinée à l'œil nu et au microscope, présentait de la manière la plus évidente la structure des productions épithéliales. Malheureusement la rapidité insolite avec laquelle le mal s'était développé et la vaste étendue des parties ulcérées ou indurées constituaient des conditions fâcheuses propres à favoriser la récurrence après l'ablation en apparence la plus complète; des ganglions étaient déjà engorgés sous la mâchoire, et ces circonstances expliquent la facilité et la promptitude avec laquelle la récurrence s'est effectuée. Le malade, opéré, est rentré il y a peu de temps à l'hôpital Cochin. Le mal s'était reproduit avec une sorte de fièvre, et M. Maisonneuve n'a pu dépasser les limites apparentes du tissu accidentel qu'en soumettant le malade à une horrible mutilation.

(1) M. le docteur A. Favrol a publié à cette époque dans le *Moniteur des hôpitaux* (6 décembre 1853) l'observation abrégée de notre malade. Il croyait à une guérison complète qui ne s'est malheureusement pas réalisée.

Je vous demanderai la permission, messieurs, d'arrêter votre attention pendant quelques instants sur un détail intéressant de l'observation de M. Laboulbène. Je veux parler de l'engorgement ganglionnaire qui a accompagné le développement du cancroïde. C'est là un phénomène peu ordinaire qui a été invoqué par quelques personnes comme établissant l'identité du cancer et du cancroïde. Ce n'est pas ici, messieurs, qu'il est nécessaire de démontrer que cette identité n'existe pas. La Société anatomique a contracté depuis longtemps la louable habitude de classer les maladies d'après la nature des lésions et non d'après la nature des symptômes. Or personne n'ignore que la structure du cancroïde, examinée soit à l'œil nu, soit au microscope, diffère entièrement de la structure du cancer. Personne ne l'ignore, et même personne ne le conteste. Il ne nous en faut pas davantage pour affirmer que ce sont là deux genres différents de l'ordre des productions accidentelles.

Cette distinction une fois établie, il ne nous en coûte pas plus de reconnaître qu'au point de vue de leur marche et de leurs symptômes ces deux affections présentent de grandes analogies. Il faut bien qu'il en soit ainsi pour qu'on les ait confondues ensemble pendant une longue suite de siècles. Mais ces analogies ne portent que sur certains caractères de l'évolution locale des tumeurs, tels que l'accroissement continu, l'ulcération, la propagation aux tissus voisins, et même l'invasion des ganglions lymphatiques correspondants. Elles n'empêchent pas l'existence d'une différence capitale qu'on peut exprimer en disant que le cancroïde est une tumeur, tandis que le cancer est une maladie.

Il y a près de neuf ans que la structure du cancroïde est connue, et que les nouvelles idées sont venues se heurter contre les doctrines classiques. La lutte a été animée, et de part et d'autre on a déployé dans la recherche des faits cliniques ou anatomiques une grande activité. Or il est bon de constater que pendant toute cette période les nombreux ennemis de l'histologie pathologique n'ont pu réussir à trouver une *seule* observation de cancroïde généralisé et déposé dans les viscères sous forme de tumeurs multiples. La généralisation du cancer dans les organes internes est au contraire un fait des plus ordinaires; on la constate dans plus de la moitié des autopsies, et il est probable qu'elle se produirait toujours si les malades vivaient assez longtemps. Il suffit

de comparer ces deux résultats l'un à l'autre pour demeurer convaincu que la symptomatologie s'accorde ici merveilleusement avec l'anatomie pathologique, et que toutes les sectes médicales, quelles que soient les bases de leurs classifications, qu'elles professent le culte des symptômes ou le culte des lésions, sont obligées à l'avenir de séparer les tumeurs cancéreuses des tumeurs épithéliales.

Dès lors nous pouvons, sans crainte de rétablir une confusion désormais impossible, étudier les engorgements ganglionnaires de voisinage qui sont si communs dans le cas de cancer, et qui se présentent aussi quelquefois dans le cas de cancroïde, ainsi que l'observation de M. Laboulbène nous en offre un bel exemple.

Ces engorgements peuvent être de deux sortes : les uns sont purement inflammatoires, les autres sont constitués par des éléments analogues à ceux qui constituent la tumeur primitive.

Les engorgements purement inflammatoires sont connus depuis longtemps; ils furent déjà indiqués au milieu du dernier siècle par Vacher et par Zenon. Louis et Desault allèrent plus loin. Ils crurent pouvoir diagnostiquer pendant la vie les engorgements inflammatoires des engorgements spécifiques et osèrent enlever certaines tumeurs du sein en respectant les glandes tuméfiées de l'aisselle. Il paraît que plusieurs fois ces tentatives furent couronnées de succès, et que les tumeurs ganglionnaires entrèrent en résolution pendant que la plaie se cicatrisait. La narration de ces faits, présentée par Assalini, détermina Scemmering à imiter la conduite des deux célèbres chirurgiens français, et de beaux succès couronnèrent ses efforts (1). Depuis lors les chirurgiens modernes, Dupuytren, Récamier, Lisfranc (2), ont insisté sur la réalité et même sur la fréquence de ces engorgements simples. J'en ai moi-même publié un exemple plus concluant que tous les autres (3). L'étude microscopique de la tumeur primitive montre qu'elle était réellement cancéreuse, quoique la tumeur ganglionnaire eût cédé à la simple application des cataplasmes. Les faits de ce genre ne sont donc pas extrêmement

(1) Th. Scemmering, *De morbis vasorum absorbantium corporis humani. Trajecti ad Maasum*, 1795, in-8, p. 11.

(2) Lisfranc, *Clinique chirurgicale de la Pitié*. Paris, 1841, t. I, p. 145.

(3) Broca, *Anatomie pathologique du cancer*. — *Mémoires de l'Académie de médecine*, t. XVI, p. 672 (1851).

rars, et ils s'expliquent très bien par l'existence d'une inflammation chronique sur les limites de la tumeur, inflammation qui acquiert même un certain degré d'acuité dans la période d'ulcération.

C'est là sans doute ce qui a conduit M. Laboulbène à insérer dans son observation la phrase suivante : « Les ganglions sous-maxillaires se sont *probablement* engorgés sous l'influence de l'inflammation seule; aussi peuvent-ils revenir à l'état normal, puisque la cause inflammatoire a été enlevée. »

L'auteur ne dit pas sur quoi il se base pour établir cette probabilité; mais il est permis de croire que la nature, reconnue cancéroïde, du produit accidentel, a été pour beaucoup dans cette appréciation. On est habitué, en effet, à entendre dire que le cancéroïde diffère du cancer précisément parce qu'il épargne les ganglions lymphatiques. Or, messieurs, c'est là une grave erreur, et l'observation actuelle le prouve bien. Les ganglions sous-maxillaires, respectés par la première opération, n'ont, en effet, montré aucune tendance à entrer en résolution. Bien plus, ils se sont accrus de nouveau, et il est devenu nécessaire d'en débarrasser le malade lorsque la seconde opération a été pratiquée.

Est-ce là un cas tout à fait exceptionnel? Gardez-vous de le croire. Si, d'une manière générale, le cancéroïde a l'habitude de respecter les ganglions, en revanche il y a deux régions spéciales, la région labiale et la région du gland, dans lesquelles il n'est pas rare de voir l'appareil lymphatique envahi par des productions épithéliales. Cette particularité résulte-t-elle de quelque disposition anatomique, et par exemple d'un développement plus considérable de l'appareil lymphatique dans ces deux régions tristement privilégiées. C'est possible, c'est même probable; mais je n'ose rien affirmer à cet égard.

Il y a bientôt cinq ans que le premier fait de ce genre s'est présenté à mon observation. En faisant à l'Hôtel-Dieu l'autopsie d'une femme morte d'un horrible ulcère cancéroïde qui avait rongé la lèvre inférieure et la plus grande partie de la joue, je fus surpris de trouver sous la mâchoire deux ganglions engorgés. Récemment averti par les publications de MM. Mayor (1) et Lebert (2) de la structure spéciale et homœomorphe des tumeurs

(1) *Bulletins de la soc. anatomiq.*, 1844, p. 248.

(2) Lebert, *Physiologie pathologique*, 1845, t. I, p. 5.

soi-disant cancéreuses de la peau, j'étais porté à m'exagérer la bénignité du cancroïde, et je croyais en particulier qu'il respectait toujours les ganglions. L'exception que je rencontrais me surprenait d'autant plus qu'avant la mort de la malade j'avais enlevé avec l'ongle à plusieurs reprises de petits fragments de sa tumeur ulcérée, et j'avais déjà reconnu que l'affection était réellement constituée par des dépôts de cellules épithéliales. Je me réfugiai pendant quelques instants dans cette supposition, que les ganglions malades étaient engorgés par une inflammation pure et simple ; mais cette illusion ne fut pas de longue durée. En examinant ces ganglions à l'œil nu, je trouvai dans leur intérieur une substance jaunâtre, friable, caséiforme, dont l'apparence s'écartait tout à fait de celle des produits inflammatoires, et il me suffit d'en placer quelques parcelles sous le microscope pour y reconnaître une énorme quantité de larges écailles épidermiques.

Ce fait était encore le seul de ce genre qui fût parvenu à ma connaissance, lorsque quelques mois après je soutins ma thèse inaugurale. Je dus tenir compte de cette exception encore unique à mes yeux, et je fus conduit à dire en parlant des tumeurs épithéliales : « L'engorgement des ganglions lymphatiques correspondants ne survient que dans des exceptions infiniment rares (1). »

Je ne tardais pas à regretter de m'être exprimé d'une manière trop absolue sur le degré de rareté des adénopathies épithéliales, et il fallut bien reconnaître que cet accident, que j'avais déclaré infiniment rare, était au contraire passablement fréquent.

Quelques jours à peine s'étaient écoulés, lorsque M. Lebert me fit part d'un second cas analogue au mien. Un cancroïde de la verge avait donné lieu à l'engorgement épithélial des ganglions inguinaux sur un malade mort, si je me souviens bien, dans le service de M. Ricord. Un peu plus tard, M. Follin me montra des ganglions sous-maxillaires semblables provenant d'un individu guéri par M. Velpeau d'un cancroïde de la lèvre. Dans le courant de la même année 1849, notre honorable collègue, M. Bennett, d'Édimbourg, publia un fait semblable dans son excellent *Traité des cancers et des cancroïdes* (*On cancerous and cancroïd*

(1) Broca, thèse inaugurale, *De la propagation de l'inflammation, quelques propositions sur les tumeurs dites cancéreuses*, avril 1849, p. 55.

growths, Edinburgh, 1849). Cette fois c'était un cancroïde de la langue qui avait donné lieu à l'engorgement épithélial des ganglions sous-maxillaires. Enfin, le 29 novembre 1849, M. Boulard me remit une pièce très compliquée provenant d'un individu sur lequel M. Velpeau avait pratiqué l'ablation d'un cancroïde de la lèvre inférieure. Le mal avait envahi l'os subjacent; il avait fallu réséquer le maxillaire inférieur, et l'on avait enlevé en même temps quatre ganglions sous-maxillaires gros comme des noisettes. La tumeur primitive, le prolongement qu'elle envoyait dans l'os et les ganglions adjacents présentaient sous le microscope une structure identique. Partout on trouvait une accumulation de cellules épithéliales. De telle sorte que, peu de mois après l'impression de ma thèse, je connaissais déjà cinq faits de ce genre, ce qui prouvait bien que la chose n'était pas aussi exceptionnelle que je m'étais laissé aller à le dire.

Depuis lors j'ai eu plus d'une occasion de répéter la même observation. MM. Lebert, Robin, Follin, ont eu de leur côté des exemples analogues, et je ne crains pas de dire que l'engorgement épithélial des ganglions lymphatiques a été constaté à Paris près d'une quinzaine de fois. Je ne puis donner à cet égard un chiffre précis, parce qu'il est arrivé plusieurs fois que la même pièce a été étudiée à la fois par plusieurs observateurs. C'est ce qui est arrivé pour la pièce de M. Boullard, que M. Lebert a étudiée comme moi, et pour une autre tumeur très analogue que M. Monod enleva il y a environ dix mois sur un homme d'une cinquantaine d'années; le mal, dans ce dernier cas, avait débuté par le plancher de la bouche, puis il avait envahi le périoste de la mâchoire inférieure et les ganglions voisins. Les documents que j'ai recueillis moi-même, joints à ceux que M. Lebert a publiés en 1851, ne suffisent sans doute pas encore pour décrire d'une manière complète l'état des ganglions envahis par l'affection épithéliale; mais ils peuvent du moins me permettre d'en tracer les principaux caractères.

Ces ganglions m'ont présenté jusqu'ici des dimensions qui variaient depuis le volume d'un gros pois jusqu'à celui d'une noisette. Il est probable, toutefois, qu'ils peuvent finir par acquérir des dimensions beaucoup plus considérables. Leur forme est assez exactement sphérique, leur surface lisse et régulière, leur consistance ferme. Leur couleur, enfin, est d'un gris jaunâtre assez

uniforme qui rappelle l'apparence des ganglions tuberculeux, et qui se distingue bien en général des teintes plus ou moins foncées que l'accroissement de la vascularité donne aux ganglions cancéreux ou enflammés.

Lorsqu'on pratique une coupe dans le ganglion épithélial, on voit surgir de nouveaux caractères qui varient avec le degré d'ancienneté de la lésion. Les petits ganglions, c'est-à-dire ceux qui ont été récemment engorgés, présentent une coupe lisse et un tissu assez ferme, dont la couleur grisâtre et l'aspect demi-transparent font place çà et là à de petits dépôts d'un jaune plus ou moins opaque. Par la pression, par le grattage, on n'en extrait aucun suc ni aucune pulpe homogène; mais il est facile d'en détacher de petits fragments irréguliers qui sont l'indice d'une friabilité assez grande. En explorant le degré de résistance du ganglion avec la pointe d'un scalpel, on reconnaît aisément que cette résistance n'est pas partout la même, et qu'au niveau des petits dépôts jaunâtres dont il a été question tout à l'heure, la substance ganglionnaire est plus molle et plus friable que dans le reste de son étendue.

L'examen microscopique montre que des différences de structure correspondent à ces différences d'aspect. Dans les points jaunâtres on aperçoit de larges lamelles épithéliales qui, par leur forme et leurs dimensions, se distinguent entièrement de tous les éléments propres du ganglion. Les lamelles sont libres pour la plupart et ne forment que rarement ces accumulations singulières qui seront décrites tout à l'heure sous le nom de *globes épidermiques*. Elles possèdent un petit noyau bien apparent, pourvu d'un nucléole très visible. Leurs dimensions sont comprises en général entre 0^{mm},02 et 0^{mm},04. Leur forme est aplatie et polygonale pour les grandes, arrondie et presque globuleuse pour les plus petites. En d'autres termes, on constate sur ces diverses cellules les modifications successives de forme et de volume que subissent les éléments de l'épithélium à mesure qu'ils avancent dans leur développement.

Tel est l'état des ganglions dans les points jaunâtres. Au contraire, dans les parties grisâtres et demi-transparentes qui constituent à cette époque la masse principale du ganglion, on ne trouve que des amas de globules ganglionnaires unis par une sorte de gangue grenue.

A mesure qu'on étudie des ganglions plus volumineux, c'est-à-dire plus anciennement atteints, on voit survenir peu à peu des modifications qui portent sur leurs apparences extérieures tout autant que sur leur structure intérieure. Leur tissu devient moins ferme et plus friable; la coupe n'est plus lisse; la couleur jaune et l'opacité qui l'accompagne gagnent insensiblement toute l'étendue des ganglions malades, et il arrive un moment où toute la masse ganglionnaire présente l'aspect d'un dépôt tuberculeux. Il est aisé, soit avec l'ongle, soit avec le dos du scalpel, d'extraire de cette masse de petits fragments irréguliers, friables, comme caséeux, qui ne peuvent pas se mêler à l'eau, et qui, par conséquent, se distinguent parfaitement du sac extrait des ganglions cancéreux. L'examen microscopique pratiqué à cette époque montre que la substance propre du ganglion a entièrement disparu, et que toute la masse morbide est constituée par des éléments d'épithélium.

Ces éléments diffèrent sous plusieurs rapports de ceux qui constituaient tout à l'heure les points jaunâtres disséminés dans l'épaisseur des ganglions engorgés. On y trouve, il est vrai, des cellules semblables à celles qui viennent d'être décrites; mais elles sont en minorité. La plupart des cellules sont larges, irrégulières, leur noyau est pâle ou invisible, le plus souvent sans nucléole; leurs bords sont recroquevillés, et leurs dimensions s'élèvent à 0^{mm},06 et même 0^{mm},08. Quelques unes d'entre elles sont remplies de granulations ou même de matière grasse; mais presque toutes sont très plates, très minces, et comme desséchées. Enfin et surtout, on constate le plus souvent au milieu d'elles la présence d'un élément assez singulier et des plus caractéristiques, le *globe épidermique*.

Les globes épidermiques sont des masses arrondies relativement très volumineuses, puisque leurs dimensions peuvent s'élever jusqu'à 1/10 de millimètre et même au delà. M. Mayor, qui les avait déjà vus dans les cancroïdes de la lèvre inférieure, avait été frappé de leur volume et de leur forme sphérique, et il en avait conclu que c'étaient des follicules sébacés ou pileux remplis de matière épithéliale. M. Lebert, les ayant trouvés dans des points où il n'y a pas de follicules, a rejeté cette idée de M. Mayor et a considéré les globes épidermiques comme des accumulations de larges écailles d'épiderme, envahis concentriquement les unes

autour des autres, et constituant des espèces de pelotons. Je me range volontiers à cette manière de voir, quoiqu'il ne soit pas toujours facile de décomposer ces globes et de constater la stratification et l'enroulement du feuillet épithélial. Quoi qu'il en soit, rien n'est frappant comme l'aspect de ces masses singulières. On y aperçoit une partie centrale parfaitement sphérique, assez transparente, qu'on peut considérer comme le noyau du peloton ; ce noyau, qui est large de 0^{mm},03 à 0^{mm},04, est entouré d'une zone large, plus opaque, et paraissant constituée par un enroulement de plis concentriques. Mais ce n'est là, suivant M. Lebert, qu'une apparence due à l'étroite juxtaposition des feuillets épidermiques, dont les bords seuls sont visibles et se montrent sous l'aspect de lignes opaques très fines et assez régulièrement envahies. Du reste, il est quelquefois impossible de voir, sur la périphérie des globes, des écailles épidermiques moins confondues que les autres avec la masse pelotonnée, libres dans une partie de leur étendue, ou même flottantes par une de leurs extrémités, et par conséquent très reconnaissables.

Ainsi constitués, les globes épidermiques ne sont pas rares dans le cancroïde de la lèvre et de la langue ; mais il m'a paru surtout commun de les trouver dans les cancroïdes ganglionnaires. Je ne les ai jamais vus manquer jusqu'ici dans les ganglions que l'épithélium avait déjà gagnés dans toute leur étendue, comme l'attestait la répartition uniforme de leur coloration jaune. Je suis loin de dire qu'on doive toujours les trouver en pareil cas, mais cela constitue du moins une forte présomption en faveur de leur fréquence.

J'ajouterai, comme un détail fort secondaire, que j'ai vu plusieurs fois, dans les cancroïdes ganglionnaires arrivés à ce degré, des cristaux de cholestérine en nombre variable au milieu des écailles épithéliales.

Jusqu'ici j'ai décrit deux formes, ou plutôt deux degrés de l'affection cancroïde des ganglions. Les détails dans lesquels je suis entré tendent à établir, suivant moi, que l'engorgement ganglionnaire débute par l'apparition de petits foyers épithéliaux, d'abord isolés, qui s'accroissent peu à peu, et finissent par détruire tout le parenchyme purulent et par former une masse homogène d'un jaune pâle.

M. Lebert a observé, une seule fois il est vrai, un troisième

degré que je n'ai pas rencontré jusqu'ici. Voici de quelle manière il décrit cette troisième forme, qui constitue la phase la plus avancée de l'engorgement ganglionnaire épithélial :

« Le dépôt de cette substance (la substance épithéliale), incapable de se vasculariser, excite autour de lui une phlegmasie suppurative; l'abcès qui se forme devient un ulcère creux et intarissable, et lorsqu'on gratte la surface interne, on est tout étonné d'y constater, à l'examen microscopique, l'existence de nombreux feuilletés épidermiques. Nous n'avons observé cette terminaison qu'une seule fois dans la région inguinale, et, comme le malade avait en même temps un chancre phagédénique à la surface de son cancroïde, nous sommes à nous demander jusqu'à quel point la complication syphilitique a pu influencer la marche fâcheuse de ce véritable bubon épidermique (1). »

L'existence d'un chancre phagédénique à la surface d'un cancroïde est un phénomène tellement singulier et tellement exceptionnel, qu'il ne me semble pas nécessaire de faire entrer en ligne de compte un fait destiné sans doute à rester longtemps unique. En tous cas, la terminaison par suppuration ne saurait être considérée jusqu'ici comme naturelle. Je pense donc qu'il vaut mieux admettre seulement deux degrés dans l'adénopathie épithéliale : un premier degré, dans lequel des dépôts isolés d'épithéliaux se forment dans l'épaisseur du ganglion, dont la substance est simplement hypertrophiée dans le reste de son étendue; et un deuxième degré, dans lequel les petits dépôts, se comportant comme autant de foyers cancroïdes, se propagent en tous sens, détruisent la trame ganglionnaire et en prennent la place.

Cette étude, messieurs, me paraît digne d'intérêt, parce qu'elle est appelée peut-être à jeter quelque jour sur le développement des cancers ganglionnaires. Il serait possible, en effet, que l'engorgement cancéreux se fit par un procédé analogue. Il est vrai que le début de l'engorgement par des foyers distincts n'a pas été constaté dans ce dernier cas; mais cela vient peut-être de ce que la couleur grisâtre des dépôts cancéreux se confond dès l'origine avec celle des ganglions engorgés, au lieu de s'en distinguer nettement, comme cela a lieu pour les dépôts jaunâtres de l'épithélium. Quoi qu'il en soit de ce rapprochement tout hypothétique,

(1) Lebert, *Traité pratiq. des affections cancéreuses*. Paris, 1851, p. 620.

auquel je n'attache aucune importance, il est permis de se demander pour le cancroïde comme on l'a fait pour le cancer, par quel mécanisme s'opère l'engorgement spécifique des ganglions.

Ici, deux hypothèses se présentent à l'esprit : ou bien les vaisseaux lymphatiques de la partie malade absorbent à l'état liquide une partie du blastème qui était destiné à s'organiser en cellules épithéliales, et ce blastème, une fois introduit dans l'appareil lymphatique, y conserve la propriété de donner naissance aux éléments microscopiques du cancroïde ;

Ou bien le cancroïde primitif, en se propageant et en détruisant les tissus, perfore les parois des vaisseaux lymphatiques et y introduit en nature des cellules épithéliales, qui vont ensuite s'arrêter mécaniquement dans les ganglions.

J'ai déjà eu l'occasion, dans un autre travail, d'agiter, à propos du cancer, cette question un peu subtile de physiologie pathologique (1), et après une longue discussion, je suis arrivé à admettre, non sans quelque réserve, que les cancers *successifs* des ganglions sont dus à l'introduction en nature des éléments microscopiques du cancer dans les vaisseaux lymphatiques, et à leur transport mécanique jusque dans les vaisseaux afférents des ganglions. On me dispensera de reproduire ici les arguments sur lesquels j'ai établi cette manière de voir. Je me contenterai de vous rappeler que j'ai eu l'occasion depuis cette époque de constater par l'examen microscopique que l'engorgement des ganglions débute réellement par une stase des éléments cancéreux dans les vaisseaux afférents (2).

Ce qui me paraît probable pour le cancer me paraît probable aussi pour le cancroïde, car les conditions anatomiques sont très analogues dans les deux cas.

Quelle que soit, du reste, l'opinion qu'on adopte sur l'origine et la formation de ces adénopathies spécifiques, il y a un fait qui reste en dehors de toute contestation : c'est que les engorgements cancéreux ou cancroïdes des ganglions s'effectuent en vertu de causes purement locales, et ne peuvent en aucune façon être mis sur le compte d'une infection ou d'une diathèse. Dès lors le rapprochement qu'on peut faire entre le cancer et le cancroïde prouve que ces deux affections sont très analogues entre elles, au point de vue de leur marche locale, mais ne prouve

(1) *Anat. pathol. du cancer. — Mém. de l'Acad.*, t. XVI, p. 665.

(2) *Bullet. de la Soc. anatomiq.*, 1852, p. 205.

réellement que cela. Le cancroïde, comme le cancer, est une tumeur des plus nuisibles qui a la plus grande tendance à s'accroître, à s'ulcérer, à se propager dans les tissus en les détruisant et en prenant leur place ; comme le cancer il peut se déchirer en dedans, perforer le périoste, éroder le tissu compacte et pénétrer dans les os ; comme lui il peut, par une irradiation toute locale, gagner les ganglions lymphatiques correspondants ; comme lui, enfin, il peut récidiver après l'ablation, soit dans la plaie ou dans la cicatrice, soit dans leur voisinage, soit dans les ganglions les plus voisins ; mais là s'arrête la similitude de ces deux affections. Le cancer détermine tôt ou tard dans l'économie une infection spéciale à la suite de laquelle il se forme sur divers points, et notamment dans les organes internes, un grand nombre de petits foyers secondaires de même nature que la tumeur primitive : ce sont les cancers métastatiques, ou mieux les *cancers par infection*. Le cancroïde, au contraire, n'exerce sur l'économie aucune action analogue ; la mort, qu'il détermine lentement, ne présente rien de spécial ; elle est due à l'excès de suppuration, ou aux hémorrhagies, ou à l'absorption des substances purrides qui se forment sans cesse dans le fond d'un ulcère anfractueux, et jamais on ne voit paraître dans les viscères intérieurs ces foyers multiples analogues du foyer primitif, dont la présence, dans le cas de cancer, prouve l'existence d'une infection cancéreuse, et dont l'absence, dans le cas de cancroïde, suffit pour établir, entre ces deux affections déjà distinctes au point de vue anatomique, une différence clinique capitale, à laquelle les ennemis des nouvelles doctrines ont jugé prudent de ne rien répondre jusqu'ici.

Vous excuserez peut-être, messieurs, la longueur des considérations précédentes en vous rappelant que la question des tumeurs appartient pour ainsi dire en propre à la Société anatomique. C'est dans cette enceinte qu'eut lieu, il y a une dizaine d'années, la première communication de M. Lebert et la première discussion qui se soit produite en France sur ce sujet. Au milieu du dédain qui accueillait partout ailleurs les nouvelles idées, l'histologie fut heureuse de trouver ici appui et protection. Libres d'engagement envers le passé et pleins de confiance dans l'avenir, les membres de la Société anatomique voulurent vérifier par eux-mêmes ; ils examinèrent les questions controversées, et ne tardèrent pas à devenir favorables à l'impulsion nouvelle

que le microscope venait de donner à l'anatomie pathologique. C'est un souvenir qui est bien propre, messieurs, à nous remplir de satisfaction, et qui porte avec lui plus d'un enseignement. Tandis que les corps officiels et les maîtres les plus illustres rejetaient l'histologie pathologique avec une sorte de mépris, et surtout avec une complète unanimité, une Société modeste, composée de membres jeunes et obscurs, osait seule prendre parti pour les doctrines proscrites. Qu'est-il arrivé cependant, et de quel côté est restée la victoire ? Vous savez aussi bien que moi que ce ne sont pas les plus forts qui ont triomphé, et que personne aujourd'hui ne se hasarde à nier l'exactitude des résultats fournis par le microscope ; tant il est vrai que la véritable force n'est ni dans le talent, ni dans la position, ni dans le nombre, mais dans la croyance au progrès.

OBSERVATION.

Anévrysme de la crosse de l'aorte. — Par M. Passant, interne de la prison Saint-Lazare.

Le 18 décembre, à sept heures du soir, je suis appelé près de la nommée D... Lucile, âgée de cinquante ans, ancienne fille publique, et détenue à Saint-Lazare pour mendicité depuis le 16 de ce mois. A mon arrivée, je trouve cette femme étendue sur son lit dans une position demi-assise, la face profondément décolorée, les extrémités froides, les radiales ne battant plus. La femme qui occupe le lit voisin m'apprend qu'elle a été très gaie toute la journée, et qu'après un accès de rire elle est devenue subitement pâle et animée. Je lui fis à l'instant placer des sinapismes aux extrémités inférieures ; j'essayai aussi de lui pratiquer une saignée, mais sans résultat ; des frictions éthérées furent faites sur les tempes. La mort était manifeste.

J'ai appris plus tard que cette femme était souffrante depuis plusieurs années et que la santé de la malade s'était altérée, surtout depuis un an ; elle maigrit beaucoup et elle venait de passer huit mois à l'hôpital. Pendant son séjour, elle se plaignait par intervalles fréquents de douleurs atroces derrière le sternum ; pendant ce temps la respiration était très difficile. Elle ressentait aussi une douleur très vive et presque constante de l'épaule gauche qui l'empêchait de mouvoir le bras correspondant. Cependant la malade se trouvait mieux depuis quelques jours qu'elle avait quitté l'hôpital. A son entrée à Saint-Lazare elle avait la

face amaigrie et colorée, mais sans être bleue ; les mouvements du bras assez faciles, puisqu'elle a vaqué pendant quelques jours aux travaux d'aiguille de la maison ; le cou était roide, le menton sensiblement tourné à droite. Sa voix s'était chaque jour altérée, et dans les derniers temps elle ne parlait plus que très bas, laissant cependant entendre parfois un léger filet de voix. Son appétit était bon, et à quatre heures elle avait mangé aussi abondamment que ses voisines.

Autopsie.— Le 20 décembre, trente-six heures après la mort, le cadavre, qui est amaigri, est celui d'une femme de taille moyenne; il y a peu de roideur. Il n'y a rien à noter extérieurement, la poitrine paraît bien conformée, il n'y a ni voussure, ni saillies en aucun point. Une incision s'étend depuis la symphyse des pubis jusqu'à la fourchette sternale, la peau est disséquée à droite et à gauche sur le thorax, qui est mis à nu, ainsi que l'abdomen. L'estomac est volumineux, rempli de liquide et abaissé; le diaphragme offre à gauche une voussure qui rend encore cet abaissement de l'estomac plus sensible. Le foie est à sa place et d'un volume normal; il est intact, ainsi que les reins et la rate. L'utérus est du volume d'un œuf de pigeon et renferme dans sa cavité un polype muqueux qui la représente exactement. Les ovaires sont ratatinés et durcis. Rien à noter du côté du cerveau et de ses membranes.

La plèvre gauche est remplie par de la sérosité sanguinolente, et un énorme caillot brunâtre, d'une consistance égale dans tous ses points, occupe toute la partie inférieure, presse en bas le diaphragme, s'appuie en arrière sur le poumon et le refoule en haut. Le cœur n'occupe plus sa place ordinaire, il a été rejeté à droite avec le médiastin. Le cœur repose, en effet, sur le lobe inférieur du poumon droit, un peu à gauche, n'a pas contracté d'adhérences avec lui, et revient à sa place après l'ablation du caillot.

La partie supérieure de la poitrine, à gauche, est entièrement occupée par une tumeur globuleuse considérable qui fait corps avec les parois thoraciques et intimement adhérente avec la face supérieure du poumon. La tumeur ne s'énuclee que difficilement en haut, en arrière et en dehors. Le cœur et les poumons sont extraits de la cage thoracique, et l'on peut alors beaucoup mieux constater le volume considérable de la tumeur et l'affaissement énorme du poumon gauche. On ne constate aucune altération

des côtes ni du sternum, mais seulement des déchirures de la plèvre pariétale aux points où la tumeur venait adhérer avec elle.

On recueillit 600 grammes de sérosité sanguinolente, et le caillot pèse 1^k,950. Total : 2^k,550.

La tumeur qui occupe la partie supérieure gauche de la cavité thoracique est une poche anévrysmale entourée par le tissu du poumon gauche, qui est affaissé et lui adhère. Cette tumeur est ovoïde et mesure 10 centimètres dans son plus petit diamètre, et 15 centimètres dans son diamètre le plus étendu.

Les faces supérieure et externe offrent les traces d'adhérences qui la retenaient à la plèvre pariétale correspondante; les faces inférieure et externe les traces d'adhérences qui la retenaient au poumon. L'espace compris entre ces deux espèces d'adhérences pulmonaires et pleurales est de forme triangulaire, lisse et opaque; c'est à son angle inférieur et au point où l'extrémité de la tumeur touche de plus près la base du cœur que s'est faite l'ouverture qui a livré passage au sang. A la face postérieure de la tumeur mêmes adhérences pleurales qu'en haut; on remarque de plus la courbure de la paroi postérieure de l'aorte, qui est aplatie.

La tumeur est incisée suivant son plus long diamètre de haut en bas et jusqu'au point où s'est faite la rupture. On remarque alors une série de couches concentriques en forme de croissant de 5 centimètres au point de leur plus grande épaisseur et au milieu. Ces stratifications, recourbées en languettes très minces à leurs deux extrémités, sont au nombre de vingt au moins; elles se séparent assez difficilement. Je ne les détache pas pour ne pas nuire à l'aspect de la pièce. Ces stratifications sont donc dues à un coagulum fibrineux disposé en lamelles blanchâtres très denses s'emboîtant les unes dans les autres, coagulum qui ne permet plus au sang de pénétrer dans la tumeur. Ces concrétions concentriques et circulaires peuvent être comparées, comme l'a fait M. Cruveilhier, aux couches concentriques du corps ligneux. Comme celles-ci, elles ont été successivement formées et permettent en quelque sorte de reconnaître l'époque de leur formation à leur couleur et à leur cohérence. Chaque couche est elle-même composée d'une succession de lamelles extrêmement ténues. Examinées par M. Cruveilhier dans un cas de même genre, il y a vu une forme aréolaire, une masse homogène, mais pas de vaisseaux.

La tunique externe de l'aorte est largement distendue et amincie au point où elle s'est rompue; un caillot assez consistant, brunâtre, et dont on voit encore des vestiges, s'étend entre la surface interne de la tunique externe de l'aorte et la surface externe des couches fibrineuses les plus anciennes.

La cavité de la poche est ovale, elle a 8 centimètres dans son plus long diamètre, et 6 centimètres $1/2$ dans son plus petit. Ces diamètres sont aussi dirigés dans le sens de ceux de la tumeur. Sa surface interne est rouge, chagrinée, épaissie, et renferme un caillot fibrineux allongé, qui a disparu lors du premier examen. La portion de cette cavité, qui correspond à la partie postérieure de l'aorte, est recouverte par un caillot de forme triangulaire qui occupe une grande partie de la poche anévrysmale. Son sommet, qui est libre, s'engage dans l'ouverture de l'aorte au point où elle pénètre dans la poche anévrysmale. Ce caillot a 5 centimètres du sommet à la base et 6 centimètres de base. Il existe au milieu de cette base un gros pédicule qui le fait insérer largement sur les dernières stratifications de fibrine qui correspondent à la division gauche de la tumeur. Les bords du caillot sont amincis et en forme de crête, sa face inférieure est convexe et offre les mêmes rugosités que la face interne de la poche. La face supérieure, au contraire, est lisse, d'un rouge vineux au centre, et d'un rouge plus pâle sur ses bords; elle offre un réseau d'arborisations très remarquable. A la partie inférieure de la poche on voit l'aorte y pénétrer, et à la partie supérieure et à gauche on voit l'aorte sortir de la poche; une partie de l'aorte descendante a été conservée.

Cette tumeur anévrysmale est située immédiatement au-dessus de l'origine des vaisseaux, le tronc brachio-céphalique est d'un volume normal; il a été divisé pour pénétrer dans l'aorte et dans la poche. L'artère carotide gauche est oblitérée à sa naissance, et la sous-clavière du même côté n'offre à son origine, à la face interne de l'aorte, qu'un petit pertuis. L'aorte, depuis la base du ventricule jusqu'aux vaisseaux qui en naissent, est notablement dilatée, le cœur est d'un volume ordinaire et flasque. Le péricarde renfermait quelques cuillerées d'une sérosité de couleur rose.

La trachée est assez fortement aplatie à gauche, les premiers anneaux sont injectés et la muqueuse ramollie.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

XXVIII^e ANNÉE.

Bulletin N^o 12. — Décembre 1853.

RÉDIGÉ

PAR M. FOUCHER, SECRÉTAIRE.

SOMMAIRE.

Extrait des procès-verbaux des séances de la Société.

1. Céphalotribe de M. Depaul. — 2. Cancer du rectum. — 3. Absès de la vésicule biliaire. — 4. Arthrite. — 5. Hygroma. — 6. Kystes hydatiques du foie. — 7. Hypertrophie de la rate. — 8. Vagin double, utérus double. — 9. Fracture du rocher. — 10. Fracture du col du fémur. — 11. Communication des deux ventricules du cœur. — 12. Tumeur de la parotide. — 13. Altération de l'intestin.

Observations. — 1. Luxation en arrière de la cinquième vertèbre dorsale sur la sixième, par M. O. Landry, interne des hôpitaux. — 2. Luxation en arrière sans fracture de la douzième vertèbre dorsale sur la première lombaire, par M. O. Landry, interne des hôpitaux. — 3. Rapport sur ces deux observations, par M. Marcé, interne des hôpitaux. — 4. Kyste hydatique du petit bassin ayant déterminé une hernie de la vessie, par le docteur Maurice-Constant Perrin. — 5. Fracture extra-capsulaire multiple du col du fémur, par le docteur Maurice-Constant Perrin. — 6. Fracture du col chirurgical de l'humérus, par le docteur Maurice-Constant Perrin. — 7. Mémoire sur la cataracte capsulaire et sur les affections connues sous les noms de *capsulite* et de *kératite*, par M. Broca.

PRÉSIDENCE DE M. CRUVEILHIER.

1. M. Depaul montre un *céphalotribe* modifié par lui. C'est le céphalotribe de M. Baudelocque auquel M. Depaul avait déjà ajouté en 1844 une crémaillère flexible. Aujourd'hui, afin d'éviter le glissement des cuillers sur la tête, il vient d'ajouter à l'extrémité de chaque cuiller un petit crochet mousse qui ne

gène en rien l'introduction de chaque branche, mais qui en empêche le glissement.

2. M. Leudet montre, au nom de M. Goupil, une pièce provenant d'une femme sur laquelle on n'a aucun renseignement. A l'autopsie, on trouve l'extrémité inférieure du rectum entourée de matière cancéreuse, l'ampoule rectale est largement dilatée, et au-dessus de la dilatation on aperçoit une sorte de valvule très prononcée.

3. M. Leudet montre, en outre, des pièces provenant d'un malade mort de *fièvre typhoïde*. On trouve une entérite du gros intestin avec hypertrophie des tuniques de tous les côlons; la *vésicule biliaire* était adhérente au côlon, et dans les parois on rencontrait un *abcès*; rien dans l'intérieur de la vésicule, les canaux étaient perméables, pas de pus dans la bile. M. Leudet pense qu'ici l'inflammation s'est propagée de l'intestin à la vésicule.

4. M. Rombeau présente des pièces pathologiques provenant d'un homme mort dans le service de M. Velpeau, des suites d'une rixe. On voit une fracture oblique de la mâchoire inférieure; un peu à droite de la ligne médiane, une esquille assez large, traversée par le nerf dentaire, se trouve entre les deux fragments.

Sur le même malade, la plèvre droite est remplie par un épanchement et recouverte de pseudo-membranes; enfin l'articulation scapulo-humérale offre un exemple de *luxation sous-scapulaire*, la capsule est rompue en avant. La luxation fut réduite, mais bientôt l'articulation se tuméfia, et l'on trouva la capsule pleine de pus qui s'étendait sous le deltoïde et le grand pectoral.

M. Axenfeld rappelle qu'en 1850 il fut témoin d'un cas de suppuration, à la suite d'une luxation ovalaire du fémur réduite seulement à la troisième tentative; il survint du gonflement de la cuisse, de l'œdème, et le malade mourut au bout de trois semaines, offrant du pus dans toutes les gaines aponévrotiques de la cuisse.

M. Broca. Ces cas de suppuration, rares à la suite de luxations de l'épaule, sont assez fréquents au coude, au pied; mais alors la luxation n'est plus simple, il y a quelques fractures, et ici une portion du grand trochanter semble avoir été arrachée. Quant à la pleurésie, peut-être peut-on l'expliquer par une propagation

de l'inflammation, car le trajet purulent oblique s'avance sur la face externe du thorax.

M. *Cruveilhier* considère ces cas de suppuration, après la réduction des luxations, comme très rares.

5. M. *Rombeau* montre une deuxième pièce : c'est un *hygroma* de la bourse séreuse anté-rotulienne, ayant appartenu à une femme de cinquante-deux ans ; les parois en sont épaisses, crétacées en certains points ; la cavité contenait un liquide de la couleur du chocolat.

6. M. *Leudet* montre, au nom de M. Goupil, deux pièces sur lesquelles il n'a pas de renseignements complets.

La première est relative à des *kystes hydatiques multiples* du foie, dont l'un, volumineux, a détruit le diaphragme à droite et s'est ouvert dans les bronches. La deuxième est un exemple de *dilatation énorme du calice et du bassin*.

7. M. *Milard* présente une *rate volumineuse* ayant 23 centimètres dans son diamètre vertical, et 13 centimètres dans son diamètre transversal. Cette rate a été trouvée chez une femme atteinte d'ascite et d'œdème des membres inférieurs ; le foie était cirrhosé.

M. *Leudet* émet l'opinion que peut-être l'hypertrophie de la rate est sous la dépendance de la cirrhose du foie, la veine splénique étant une des racines de la veine porte.

8. M. *Depaul* montre les *organes génitaux d'une femme* qu'il a eu occasion d'examiner il y a huit ans, et sur laquelle il avait reconnu la présence de deux vagins inégaux en largeur. Cette femme, devenue enceinte, est entrée à la Clinique, et là, avant tout travail, elle a été prise d'accidents graves qui ont causé la mort.

L'enfant fut trouvé dans le péritoine. La paroi antérieure de l'utérus est largement déchirée à son union avec le vagin. A l'entrée de ce canal, on trouve deux ouvertures latérales, séparées l'une de l'autre par une cloison médiane qui, en arrière, ne s'avance pas jusqu'au col utérin. Il y a de cette façon deux vagins, l'un plus petit que l'autre ; au fond, on trouve le col de l'utérus n'ayant subi aucune modification et correspondant au petit vagin. Il y a deux utérus, l'un, gros, développé, ayant en dehors une trompe et un ovaire ; l'autre, plus petit, mais ayant cependant subi une certaine modification et ayant aussi sa trompe

et son ovaire. La séparation des deux utérus est complète jusqu'au-dessous de l'orifice interne du col.

9. M. Lesserré montre une *fracture du rocher*, survenue chez un infirmier épileptique de Bicêtre. Le 16 août 1853, cet homme, portant un fardeau avec un de ses camarades, tomba tout à coup à la renverse. L'occiput toucha une dalle, la tête rebondit et retomba de nouveau avec force sur la partie latérale droite. C'était le résultat d'une attaque qui dura à peu près un quart d'heure ; à dater de la chute, le sang sortit abondamment par l'oreille droite. L'interne de garde appelé constata la fin de l'attaque, et l'écoulement sanguin dont nous venons de parler. A une teinte violacée de la face et des lèvres succède bientôt une grande pâleur ; le malade est assoupi, insensible aux agents extérieurs ; la respiration est assez normale, le pouls petit et fréquent.

Transporté à l'infirmerie et couché, le malade inonda de sang en peu de temps l'oreiller sur lequel reposait sa tête. On appliqua immédiatement des sinapismes aux extrémités inférieures, et des compresses froides sur toute la région latérale droite de la tête.

L'interne constate, une heure après l'accident, la cessation de l'écoulement sanguin qui est remplacé par l'écoulement d'une sérosité rougeâtre. En élevant fortement la voix, on fait ouvrir les yeux du malade qui regarde autour de lui avec étonnement, et finit par répondre aux questions qu'on lui adresse, mais ses réponses sont lentes.

Il se plaint d'une violente céphalalgie à droite, et porte fréquemment la main à cette région. Il n'y a paralysie ni du mouvement ni du sentiment.

A la visite du soir, quatre heures après l'accident, le malade est très agité ; il a une céphalalgie très intense, il change fréquemment de position dans son lit. Le pouls est assez fréquent, mais peu développé ; la respiration est normale ; l'écoulement séro-sanguin par l'oreille continue.

La saignée paraît contre-indiquée par l'énorme perte de sang que le malade a faite par l'oreille.

17 août. M. Desprès, à la visite du matin, constate : pouls assez plein, respiration normale ; céphalalgie intense, agitation nulle ; réponses lentes, mais nettes ; face rouge, sensibilité con-

servée; les forces du malade sont un peu prostrées; une selle.

Vingt sangsues à la région mastoïdienne droite; même état le soir.

18 août. Stupeur un peu augmentée, réponses moins nettes; pouls régulier, un peu lent; respiration normale, soif accusée; une selle.

Le soir, le malade est dans la même stupeur.

19 août. Céphalalgie très intense; assoupissement plus prononcé encore que la veille; pouls assez plein; selle régulière.

Vingt sangsues à la région mastoïdienne droite.

Le soir, pouls normal; réponses plus nettes, moins de stupeur; le malade dit se sentir mieux portant.

20 août. Assoupissement très grand; diminution de la sensibilité, difficulté des mouvements; réponses très lentes, n'ayant pas toujours lieu, manquant de netteté. Mis sur son séant, le malade a une roideur presque tétanique. Pouls fréquent, assez ample; respiration normale.

15 grammes d'eau-de-vie allemande, lavement de séné (le malade n'as pas été à la garde-robe depuis vingt-quatre heures); saignée du bras de trois palettes.

A la visite du soir, on constate une nouvelle attaque d'épilepsie qui vient de se déclarer; elle dure une demi-heure.

Sinapismes à un membre inférieur.

21 août. Assoupissement profond dont on ne tire plus le malade; râle trachéal; la face est anxieuse. Le pouls est petit, assez fréquent; le corps est couvert d'une sueur froide.

Dans la journée, agitation, carphologie. L'écoulement par l'oreille continue toujours, mais il est tout à fait séreux.

22 août. Nouvelle attaque: écume à la bouche, râle trachéal, face violacée, soubresauts des tendons.

Une heure avant cette attaque, le malade s'est levé, a fait le tour de la salle, mais automatiquement.

Abolition du sentiment, pouls très petit, sueur froide et visqueuse très abondante. Mort à dix heures du matin.

Autopsie vingt-quatre heures après la mort.

Les téguments ne présentent aucune altération récente. La surface externe du crâne étant mise à découvert, on voit sur la portion écailleuse du temporal une fêlure se prolongeant sur le pariétal. En enlevant par un trait de scie la voûte du crâne, on

découvrit à droite, entre la dure-mère et les os, un caillot assez volumineux, traversé par une branche de l'artère méningée moyenne; ce caillot enlevé laisse voir la fêlure se prolongeant sur le rocher. En versant de l'eau entre l'os et la dure-mère, le liquide s'écoula par l'oreille externe. (C'est donc, d'après M. Desprès, la sérosité du caillot qui a fourni l'écoulement par l'oreille, et non le liquide encéphalo-rachidien, car la dure-mère ne présente à ce niveau aucune solution de continuité.) Du côté de la fracture les membranes du cerveau offrent une teinte opaline singulière. Dans la cavité arachnoïdienne existe un caillot volumineux qui, partant des fosses cérébrales moyennes, s'étend dans les fosses frontales et se prolonge jusqu'à la selle turcique; ce caillot a de plus, à gauche, un prolongement dans la scissure de Sylvius.

Les vaisseaux du cerveau sont injectés, mais cet organe est, en général, ferme et dur. Il y a une légère contusion du côté de la fracture; mais à gauche, au niveau des lobes moyens, la contusion est assez forte; une portion de la masse nerveuse nage dans une sorte de caillot. Autour de ce caillot, le cerveau a une consistance ferme et présente sa coloration normale. Les ventricules sont remplis de sérosité.

Cette pièce offre un grand intérêt sous un double rapport : 1° cette variété de fracture du rocher est rare; les fractures les plus fréquentes ayant lieu ou bien parallèlement à l'axe de l'apophyse pétrosée, le long de son bord antérieur, ou perpendiculairement à cet axe. 2° Le chef du service dans lequel a succombé le malade a pensé que l'écoulement séreux provenait de la sérosité du caillot, en s'appuyant d'abord sur l'apparition prématurée de cet écoulement, puis sur ce que de l'eau versée entre le crâne et la dure-mère ressortait par le conduit auditif externe; il invoque encore l'absence des déchirures de la dure-mère au niveau de la fracture.

Je ne saurais partager cette opinion. L'écoulement séreux est survenu une heure après l'accident. Comment croire qu'une heure ait suffi pour permettre dans le caillot une aussi rapide modification? Au contraire, ne savons-nous pas que dans certains cas de plaie du crâne par des instruments perforants le liquide encéphalo-rachidien a pu s'écouler immédiatement, si une libre voie lui a été ouverte? et c'était précisément le cas chez ce malade,

car l'oreille interne et l'oreille moyenne étaient en communication aussi directe que possible. On allègue encore que la dure-mère n'était pas rompue au niveau de la fracture. Sans doute, cela n'était nullement nécessaire, il suffisait que le cul-de-sac arachnoïdien du conduit auditif interne le fût, et quoique cela n'ait pas été constaté, c'est infiniment probable, si l'on considère que la fracture divise obliquement et en deux points cet orifice. En dernier lieu, l'injection d'eau ne prouve absolument rien, sinon que la fracture établissait une libre communication entre la face interne et la face externe des os du crâne. Il eût fallu, pour obtenir un résultat, faire cette injection à la face interne de la dure-mère, et cette expérience a été négligée.

10. M. Dolbeau présente à la Société une *fracture intra-capulaire du col du fémur* ayant appartenu à une vieille femme atteinte de diathèse cancéreuse, et malgré cette circonstance, cette fracture a offert une consolidation osseuse au bout de cinq mois; mais il faut remarquer qu'il y a pénétration du col dans la tête, ce qui est une circonstance favorable à la consolidation.

11. M. Maurice montre le cœur d'un enfant de quatorze ans qui offrait de la dyspnée, de la fièvre et un bruit de souffle couvrant le premier temps, le premier silence et le deuxième temps, avec un frémissement cataire et de la matité à la région précordiale. Cet enfant fut pris des accidents de la péritonite et mourut. A l'autopsie, on trouve le péritoine contenant une sérosité purulente. L'intestin offre un peu d'infiltration sous-muqueuse, mais n'offre pas de trace de perforation. Les deux poumons sont presque complètement adhérents, on remarque un peu de pneumonie lobulaire à gauche. On trouve en outre des caillots fibrineux dans les deux cavités du cœur. En pénétrant par l'ouverture aortique, on arrive dans le ventricule droit, il y a communication des deux ventricules. Les valvules pulmonaires sont recouvertes de quelques végétations, et le calibre de l'artère pulmonaire est rétréci, il n'y a pas eu de cyanose.

M. Leudet pense que ce fait curieux n'est cependant pas absolument rare; les mémoires de Ravina, de Norman Chevers en contiennent des exemples.

M. Denucé rappelle que nos bulletins des années précédentes contiennent deux faits analogues, l'un présenté par lui, l'autre par M. Dufour.

12. M. Rombeau montre à la Société une *tumeur de la parotide*, enlevée par M. Velpeau. Cette tumeur s'était développée, il y a cinq ans, chez une femme de soixante-sept ans. Elle avait toujours été indolente, augmentait peu à peu de volume, et à l'arrivée de la malade à l'hôpital, elle s'étendait au loin derrière l'oreille, et jusque vers la joue. M. Rouget a examiné cette pièce et y a trouvé des corps sphéroïdaux d'un demi-millimètre de diamètre, ayant exactement l'aspect des ovules. A leur pourtour, ils offrent une couche épaisse, transparente, et dans leur centre une masse obscure, granuleuse, au sein de laquelle se voient une ou deux vésicules secondaires. Dans quelques-uns de ces corps, on voit un commencement de segmentation. En examinant cette pièce deux jours plus tard, M. Rouget a trouvé des corps de forme variée ayant de l'analogie avec certaines espèces animales inférieures et paraissant résulter de la fusion de plusieurs corps sphéroïdaux. M. Rouget ne veut tirer aucune conséquence de ce fait quant à présent, il se borne à l'enregistrer.

13. M. Blain des Corniers montre à la Société une *altération singulière de l'intestin* trouvée dans les circonstances suivantes :

Un homme de vingt-deux ans entre à l'hôpital de la Charité dans un état d'émaciation considérable et atteint de diarrhée par intervalles; l'estomac, énormément distendu par du gaz, descendait jusqu'au pubis. Ce malade fut pris de variole confluyente, et il était convalescent de cette affection lorsqu'il fut atteint de diarrhée et de vomissement avec refroidissement des extrémités, et mourut.

A l'autopsie, on trouva dans l'intestin grêle un grand nombre de petites granulations absolument semblables à celles de la psorenterie du choléra, de plus, la muqueuse intestinale était parsemée de vésicules ombiliquées du volume d'une lentille, transparente et contenant des gaz. Ces vésicules étaient formées par un soulèvement de la muqueuse. M. Broca, qui les a examinées, n'a pas trouvé d'épithélium dans leur cavité.

OBSERVATION.

Flexion forcée du tronc en avant. — Paraplégie. — Mort. — Autopsie : luxation en arrière, sans fracture, de la cinquième vertèbre dorsale sur la sixième. — Par M. O. Landry, interne des hôpitaux.

Gachet (Louis), vingt-cinq ans, charpentier, entre le 31 juillet

1853 à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Robert. On raconte que peu d'instants auparavant cet homme travaillait au palais de l'Industrie à l'érection d'un mât de charpente; il était enfoncé jusqu'aux aisselles dans le trou destiné à recevoir ce mât, lorsque la pièce de bois, s'abattant avec lenteur, vint appuyer de tout son poids sur la partie du corps qui sortait hors de terre. Toute cette partie fut entraînée dans une flexion forcée par une pression lente et progressive, pendant que la partie antérieure du thorax appuyait sur le rebord de la fosse. Aucun autre point du corps n'a été atteint, et la tête surtout n'a supporté aucune violence; cependant il paraît que le malade a rendu par la bouche une certaine quantité de sang; perte complète de connaissance.

A son arrivée, on constate qu'il a repris ses sens, mais qu'il conserve encore un peu de stupeur. Les yeux sont injectés et saillants, mais la vue reste intacte; la paupière supérieure est ecchymosée de chaque côté, et même, à l'angle externe, il y a un léger épanchement sous la conjonctive. Teinte cyanique de la face, les lèvres restent vermeilles; aucune trace d'écoulement sanguin, soit par le nez, soit par les oreilles.

Le malade peut répondre aux questions qu'on lui adresse, mais la dyspnée est portée au plus haut point, et si l'on ne peut constater ni fracture de côtes, ni hémoptysie, on s'aperçoit bien vite que le thorax ne se soulève plus pendant l'inspiration, et que la respiration est presque entièrement diaphragmatique. Pendant les efforts, les muscles abdominaux bombent au lieu de se contracter. Abolition complète de la motilité et de la sensibilité dans toute l'étendue des membres inférieurs; le malade n'a conscience ni de la sensation de douleur, ni de la sensation de température, ni des mouvements communiqués.

La verge est dans un état de demi-érection, et il s'en écoule un liquide peu abondant, limpide et filant. Le malade, avant l'accident, n'avait pas d'écoulement.

Pas de douleur le long du rachis; on ajourne l'examen de cette partie.

1^{er} août. L'état du malade est à peu près le même; la dyspnée est un peu moins intense, mais la teinte ardoisée persiste et les mouvements des côtes sont rétablis, mais la teinte ardoisée de la face persiste et l'ecchymose sous-conjonctivale est plus étendue. Il a fallu pratiquer le cathétérisme, le malade ne sent

pas le passage de la sonde et l'urine s'écoule en bavant. Absence de selles. L'examen du rachis fait constater au niveau des vertèbres dorsales moyennes une saillie osseuse, très douloureuse à la pression, et la peau est en ce point excoriée et ecchymosée. Pouls développé, sans accélération.

Saignée de bras, eau de veau stibiée, diète.

2 août. Expectoration de quelques crachats muqueux et sanguinolents, rougeur de la figure, douleur profonde à l'hypochondre droit. Le pouls reste lent et développé.

On constate que la contractilité électrique est conservée dans toutes les masses musculaires paralysées.

4 août. L'ecchymose sous-conjonctivale est considérable et entoure les deux cornées d'un cercle rouge noirâtre. Il n'y a rien cependant du côté de l'encéphale, ni céphalalgie, ni délire. La paraplégie, loin de diminuer, fait des progrès, l'insensibilité s'étend jusqu'à la base du thorax, les huit côtes inférieures sont immobiles. Rétention complète des urines et des matières fécales, la verge n'est plus en demi-érection.

6 août. Même état, diminution de la contractilité musculaire dans les muscles antérieurs de la jambe.

8 août. La constipation persiste, les urines commencent à devenir fécales, un peu de fièvre.

Potion avec deux gouttes d'huile de croton.

9 août. Selles nombreuses dont le malade n'a pas eu conscience, urines ammoniacales et sanguinolentes qu'il faut extraire par le cathétérisme; sentiment de constriction pénible autour du thorax, dont les parois sont complètement immobiles pendant la respiration. Un peu de cyanose des extrémités, pouls lent et peu développé. Potage et trois portions de vin.

Le soir la dyspnée était plus intense, et le repas s'était accompagné de régurgitation continuelle. Il est remarquable que la contractilité électrique, abolie dans les muscles antérieurs des cuisses et de l'abdomen, est seulement diminuée dans les muscles antérieurs de la jambe, et comme exagérée dans les muscles postérieurs de cette même région.

10 août. Agitation extrême, et exclamations continuelles, il répond cependant encore aux questions qu'on lui adresse; dyspnée portée au plus haut point, extrémités froides, absence complète de pouls.

La mort a eu lieu le 11 août, à sept heures du matin.

A l'autopsie, faite vingt-quatre heures après la mort, le cadavre ne présente aucune trace de putréfaction. Pas d'ecchymose au cuir chevelu ; le crâne est scié avec précaution : ni à la voûte, ni à la base, on ne trouve la moindre trace de fracture. Les sinus de la dure-mère, les veines des méninges, sont gorgés de sang noir ; au niveau des fosses pariétales il existe sur les circonvolutions une véritable infusion sanguine, un peu d'épanchement sous-arachnoïdien ; la substance cérébrale, quoique un peu injectée surtout à sa convexité, n'offre du reste rien d'anormal.

Le canal rachidien est ouvert avec la scie, et il est permis de constater, soit du côté de la moelle, soit du côté des os, des altérations nombreuses. Un peu de sang se trouve épanché entre le corps des vertèbres et la dure-mère, depuis la cinquième jusqu'à la neuvième dorsale. La dure-mère est bien intacte, mais lorsqu'on l'ouvre, la moelle, extrêmement ramollie, s'en échappe vers la partie moyenne de la région dorsale, sous forme d'une pulpe blanche semblable à de la bouillie : cette altération s'étend dans une longueur de 5 centimètres au moins, et comprend le tiers supérieur du renflement lombaire ; elle est telle, au niveau du fibro-cartilage intermédiaire à la cinquième et à la sixième vertèbre dorsale, que le cordon médullaire est absolument interrompu. Du reste, ni pus ni fausses membranes.

Au-dessus et au-dessous des points malades, la moelle est tout à fait saine. Le renflement lombaire, dans ses deux tiers inférieurs au moins, est resté intact ; là les origines nerveuses sont parfaitement conservées, tandis qu'elles ont disparu au niveau des points altérés.

Aucune trace de fracture ni aux apophyses épineuses, ni aux apophyses articulaires, ni sur les lames, ni sur les corps des vertèbres. Il existe cependant, vers la partie moyenne de la région dorsale, une solution de continuité transversale et parfaitement nette. Elle siège au niveau d'un fibro-cartilage intervertébral ; la cinquième et la sixième dorsale sont séparées l'une de l'autre sans qu'il existe de fracture. La cinquième se trouve sur un plan plus postérieur que la sixième, dont le corps proémine en avant dans le médiastin postérieur. Ces deux vertèbres ne tiennent plus l'une à l'autre que par quelques faisceaux des muscles profonds des gouttières vertébrales. Le grand ligament vertébral

commun antérieur et le postérieur sont complètement déchirés ; les apophyses articulaires sont séparées, de telle sorte que celles de la sixième vertèbre se trouvent situées à près d'un demi-centimètre au-devant de celles de la cinquième. Les fibres ligamenteuses qui les unissent sont entièrement déchirées.

Le fibro-cartilage interposé aux corps des cinquième et sixième vertèbres dorsales a été non pas déchiré, mais complètement arraché : toutefois il existe un petit fragment, équivalent à peine à un sixième du diamètre total du fibro cartilage, qui est resté adhérent au corps de la cinquième vertèbre, tandis que le reste se voit sur le corps de la sixième. De plus, la surface libre de chacun de ces deux fragments est recouverte par le cartilage très mince qui existe à l'état normal entre l'os et le tissu fibreux, en sorte que le tissu osseux se trouve tout à fait à nu.

Toutes les parties de ces vertèbres sont restées intactes. Seulement un très petit fragment appartenant au bord de l'apophyse articulaire supérieure gauche de la sixième vertèbre a été enlevé. On le retrouve appendu aux fibres ligamenteuses qui s'insèrent autour de l'apophyse articulaire correspondante à la cinquième vertèbre, mais la perte de ce petit fragment à peine appréciable n'altère en rien la configuration de la facette articulaire.

Les deux plèvres contiennent du sang étendu en nappe à la surface de leurs feuillets, mais non réuni en collection ; ce sang est brunâtre, glutineux, semi-liquide ; pas de collection séreuse ou purulente, pas de pus ni de fausses membranes. A la partie postérieure de la cavité pleurale gauche, on voit une déchirure transversale de la séreuse, siégeant au niveau de la sixième dorsale et s'étendant transversalement jusqu'à 8 centimètres du corps de la vertèbre. Par là la cavité postérieure du médiastin, gorgée de sang, communique avec la cavité pleurale gauche. Du reste, tous les vaisseaux sont sains.

Rien de remarquable dans les organes de l'abdomen.

OBSERVATION.

Chute d'une masse de terre sur la partie supérieure du tronc. — Flexion forcée du tronc en avant. — Paraplégie. — Mort. — Autopsie : luxation en arrière, sans fracture, de la douzième vertèbre dorsale sur la première lombaire. — Par M. O. Landry, interne des hôpitaux.

Deniot (Jean), terrassier, âgé de trente-huit ans, entre le 30 août 1853 à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Robert.

Les antécédents de ce malade n'ont aucun rapport avec son état actuel. La veille, il était occupé à miner un talus, lorsqu'un bloc de terre s'est écroulé. Il a cherché à prendre la fuite, mais il a été atteint par une masse de terre qui, portant sur la partie supérieure du tronc, l'a courbé fortement en avant et l'a renversé. Le malade a été retrouvé couché à plat ventre, la masse de terre sur le dos ; quand on le releva, il ne pouvait plus remuer les membres inférieurs. Immédiatement il fut transporté à l'hôpital.

En divers points du corps il existe des ecchymoses et des excoriations, mais surtout au niveau de l'épaule droite, où se voit une escarre de près de 5 centimètres de diamètre.

La colonne vertébrale présente au bas de la région dorsale une déformation considérable, commençant vers la neuvième ou dixième dorsale pour se terminer vers la deuxième lombaire. C'est une saillie anormale des apophyses épineuses qui paraissent en même temps déviées à droite, mais sans mobilité ni crépitation. En même temps il y a de l'empatement et une douleur qui augmente à la pression.

Les membres inférieurs sont absolument privés de mouvement ; la sensibilité y est également éteinte, sauf à la partie externe et supérieure des cuisses. La peau de l'abdomen est sensible, et les muscles y restent contractiles, sous l'influence de la volonté.

Rétention complète des urines et des matières fécales.

Les facultés intellectuelles sont intactes ; pas de fièvre.

Pendant tout le mois suivant, l'état du malade est resté stationnaire, ce n'est que dans les premiers jours d'octobre qu'il a subi une notable aggravation. Les urines sont devenues fétides et bourbeuses, une escarre énorme s'est formée au sacrum, la

paralyse a gagné les membres abdominaux, et le malade a subi un dépérissement considérable sans qu'il y ait jamais eu de réaction fébrile.

Il succombe le 8 octobre, à une heure de l'après-midi, d'une manière presque subite.

L'autopsie est faite le 10 octobre au matin.

Pas autre chose dans les organes thoraciques qu'un engouement sanguin à la partie postérieure des poumons.

Le rein droit baigne dans une vaste collection purulente qui semble remplacer le tissu graisseux dont il est entouré d'ordinaire. Le pus, sanieux, grisâtre, mal formé, est très fétide; il n'y a pas de communication entre cet abcès et la substance du rein, il ne présente non plus aucun rapport avec la lésion de la colonne vertébrale que nous allons indiquer. Le tissu des reins est mollassé et facile à déchirer; les calices, les bassinets, les uretères, contiennent un liquide bourbeux, grisâtre, mêlé de sang noirâtre, très fétide; leur muqueuse ecchymosée et épaissie s'enlève au moindre frottement. Même liquide, mêmes altérations dans la vessie.

Les os du crâne, les méninges et l'encéphale ne présentent aucune altération appréciable. La dure-mère rachidienne est intacte, mais le feuillet viscéral de l'arachnoïde et la pie-mère sont déchirés au niveau des onzième et douzième vertèbres dorsales. Dans ces mêmes points la moelle est complètement interrompue: les quatre cinquièmes inférieurs du renflement lombaire sont complètement écrasés. Au-dessus, la moelle est fortement ramollie, d'une teinte café au lait un peu rosée, jusqu'au niveau de la quatrième vertèbre dorsale; au-dessus sa couleur et sa consistance restent normales.

Colonne vertébrale.—Au niveau de la dernière vertèbre dorsale et de la première lombaire, la continuité de la tige rachidienne est interrompue; la dernière vertèbre dorsale et la première lombaire sont entièrement séparées l'une de l'autre, et presque tous leurs moyens d'union sont rompus: elles ne tiennent l'une à l'autre que par quelques faisceaux musculaires incomplètement déchirés, et cependant on ne découvre aucune fracture. De plus, les rapports normaux des deux vertèbres sont modifiés: la douzième dorsale se trouve portée en arrière sur un plan un peu postérieur à celui de la première lombaire; les faces

articulaires des corps vertébraux restent toujours en contact, mais le bord antérieur de la première lombaire dépasse en avant la douzième dorsale de près d'un centimètre; les apophyses articulaires de la douzième dorsale sont aussi à près d'un centimètre en arrière de celles de la première lombaire, et le bord postérieur du corps de la douzième dorsale fait saillie dans le canal rachidien et écrase la moelle.

Le ligament sur-épineux est déchiré; les ligaments jaunes ont résisté, mais ils semblent avoir subi une violence considérable, car ils sont comme éraillés, et quelques unes de leurs fibres sont rompues. Toutes les fibres ligamenteuses qui unissent les apophyses articulaires ont été arrachées. Les ligaments vertébraux communs antérieur et postérieur sont également déchirés au niveau des vertèbres indiquées.

Enfin le fibro-cartilage intercorporel a été complètement séparé du corps de la douzième vertèbre dorsale et a suivi la première lombaire. Or, il n'a pas été déchiré, mais bien véritablement arraché, et on le trouve presque entier et recouvert de la lame cartilagineuse qui sépare la partie fibreuse de la surface osseuse inférieure de la douzième vertèbre dorsale. Toutefois ses fibres les plus superficielles et les plus antérieures ont subi une véritable déchirure au niveau de leur insertion à la première lombaire, en sorte qu'elles ont suivi l'autre vertèbre.

L'examen le plus attentif permet de reconnaître l'intégrité parfaite non seulement du corps de ces vertèbres, mais aussi de leurs pédicules, des apophyses articulaires, des lames et des apophyses épineuses. Seulement les apophyses transverses des deux premières vertèbres lombaires sont fracturées, mais il n'y a plus ici déjà que des rapports éloignés avec les surfaces luxées.

Rapport sur les observations précédentes par M. Marcé, interne des hôpitaux.

J'ai à vous rendre compte de deux observations présentées par M. Landry. L'une est intitulée : *Flexion forcée du tronc en avant ; paraplégie. Mort. Autopsie : luxation en arrière, sans fracture, de la cinquième vertèbre dorsale sur la sixième.*—Dans l'autre il y a eu chute d'une masse considérable de terre sur la partie supérieure du tronc, flexion forcée, paraplégie suivie de

mort, et à l'autopsie on a trouvé une luxation en arrière, sans fracture, de la douzième vertèbre dorsale sur la première lombaire.

Ce simple énoncé suffit pour indiquer toute l'importance de ces deux faits, et il est vraiment digne de remarque de voir s'offrir au même observateur, et à des intervalles rapprochés, deux cas aussi nets et aussi authentiques de luxations sans fractures des vertèbres dorso-lombaires, dont la science possède un si petit nombre d'exemples.

Les luxations de la colonne vertébrale étaient admises sans hésitation par les plus anciens auteurs, et même on rencontre çà et là la description de plus d'un appareil de réduction, surtout pour les régions dorsale et lombaire. J.-L. Petit ne met point leur existence en doute, il en indique même plusieurs variétés, mais sans apporter à l'appui de son opinion de preuves bien positives. Après lui, Duverney et Louis, en soumettant à un examen plus rigoureux les faits cités jusqu'alors, firent voir que ces prétendues luxations n'étaient le plus souvent que des fractures avec un déplacement plus ou moins étendu. Mais la réaction dépassa son but ; on en vint à nier presque complètement l'existence des luxations simples dans toute l'étendue de la colonne rachidienne, et il ne fallut rien moins que les observations de Dupuytren, de Paletta, confirmées depuis par celles de MM. Diday, J. Roux, Michon et plusieurs autres, pour établir d'une manière positive que les déplacements sans fractures étaient possibles au moins à la région cervicale.

Mais jusqu'ici les observations de ce genre étaient infiniment rares à la région dorso-lombaire. Je dois à la bienveillance de M. le professeur Malgaigne la connaissance de trois faits, publiés par Melchiori (*Gazette médicale des Etats sardes*, 1850), dans lesquels la luxation a eu lieu sans fractures ; mais tous les autres cas que l'on retrouve dans les auteurs, et que M. Malgaigne évalue à dix, présentent des fractures concomitantes plus ou moins considérables, soit aux corps, soit aux masses apophysaires, ou bien encore il s'agit de faits comme ceux de Larrey, de Rudiger, cité par Monteggia, où les malades guérissent complètement, en sorte qu'on ne saurait accepter un diagnostic que rien n'est venu vérifier.

Les deux faits rapportés par M. Landry ont donc une grande

importance, et devront être pris en sérieuse considération lorsqu'on voudra tracer l'histoire générale de ces luxations. Qu'il nous soit permis d'indiquer quelques particularités dignes d'attention.

1° Chez un des blessés de M. Melchiori, la dixième dorsale était passée en avant de la onzième ; chez l'autre, la sixième était passée en avant de la septième ; le troisième offrit une luxation de la neuvième dorsale en arrière, sur la dixième. A ce fait unique jusqu'alors dans la science, il faudra donc ajouter les deux cas observés par M. Landry.

2° Dans ces deux cas la luxation a été produite par un choc violent tendant à exagérer le mouvement de flexion pendant que la partie inférieure du rachis était solidement fixée : cela est de la dernière évidence dans la première observation. Tout fait présumer que dans cette flexion forcée le point d'appui se trouvant placé à la partie antérieure des corps vertébraux, l'écartement qui tend à se produire au niveau des apophyses épineuses, des lames et enfin des corps vertébraux eux-mêmes, amène en un point donné, successivement et d'arrière en avant, la rupture des ligaments si solides qui unissent les deux vertèbres. Quant au déplacement, il résulte de causes trop complexes et trop difficiles à saisir pour que nous ayons la prétention d'en donner une explication que des faits nouveaux viendraient bientôt détruire. Remarquons toutefois que la disposition anatomique des parties semble favoriser la luxation en arrière. En effet, il résulte des rapports des apophyses articulaires supérieures et inférieures qu'une fois la rupture des ligaments opérée, le déplacement en arrière peut s'effectuer par un simple glissement, au moins dans une certaine étendue, l'apophyse articulaire supérieure de la vertèbre placée au-dessous venant se loger dans l'échancrure correspondante de la vertèbre placée au-dessus. Au contraire, le déplacement en avant, quelque petit qu'il soit, exige entre les surfaces traumatiques un écartement assez considérable pour permettre aux apophyses articulaires inférieures de passer par-dessus les apophyses articulaires supérieures de la vertèbre placée au-dessous. Des observations ultérieures pourront seules prouver si cette disposition a une influence réelle.

3° Je crois devoir signaler l'état du fibro-cartilage intervertébral qui, dans les deux cas, a été non pas déchiré dans sa conti-

nuité, mais arraché de la surface osseuse correspondante. Dans les deux cas, c'est de la vertèbre supérieure qu'il s'est détaché, tandis qu'il est resté adhérent dans sa presque totalité à la vertèbre inférieure.

4° L'état de la moelle épinière au niveau des os luxés dépend uniquement de l'étendue du déplacement ; si dans les deux faits dont nous nous occupons elle a été profondément lésée et même complètement interrompue, deux fois sur trois M. Melchiori l'a rencontrée parfaitement intacte. Sous ce point de vue, le pronostic des luxations simples n'est donc pas plus grave que celui des luxations avec fracture, ou même des fractures simples.

5° La persistance de contractilité électrique dans les muscles postérieurs de la jambe, dont les nerfs émanent de la partie inférieure de la moelle, partie restée saine, quoique sa continuité avec le cordon rachidien eût été interrompue (première observation), est un fait qui a attiré l'attention de M. Landry et que nous ne faisons qu'indiquer, car nous savons qu'il a institué à cet égard de nombreuses expériences.

6° Enfin, dans ces deux cas, n'oublions pas que la gravité des symptômes de paraplégie devait faire renoncer à toute idée de réduction, alors même, ce qui est peu vraisemblable, qu'on eût pu reconnaître une luxation.

OBSERVATION.

Kyste hydatique du petit bassin ayant déterminé une tumeur de la vessie.

— Par le docteur Maurice-Constant Perrin.

J'ai l'honneur de mettre sous les yeux de la Société un kyste du petit bassin. Le volume de la tumeur, joint à l'absence de troubles fonctionnels graves, et surtout le déplacement viscéral qu'elle a déterminé, m'ont paru constituer un fait tout à fait exceptionnel, et à ce titre mériter un instant votre attention.

Le sujet sur lequel je l'ai rencontré par hasard, est un robuste vieillard mort d'apoplexie foudroyante, après un séjour de trente-six heures à l'infirmerie. L'aspect général, l'examen des organes, le développement du système musculaire, tout indique qu'il jouissait, au moment où la mort l'a surpris, de la santé la plus florissante. En enlevant les parois abdominales, on découvre dans le bas-ventre une masse fluctuante, ovoïde et placée de telle

sorte que son grand diamètre représente sensiblement l'axe du petit bassin : l'une de ses extrémités repose obliquement sur le rectum vers le niveau de la troisième pièce du sacrum, et prend en ce point des adhérences sur l'aponévrose périnéale supérieure à l'aide d'une bande fibreuse disposée transversalement dans une étendue de 8 centimètres ; l'autre a franchi le détroit supérieur du petit bassin, remonte jusqu'à 5 centimètres au-dessous de l'ombilic, de telle façon que, par la palpation et la percussion dans la région hypogastrique, il est facile, malgré l'épaisseur des parties, de la limiter et de reconnaître sa nature. Si l'on introduit profondément le doigt dans le rectum, on perçoit en avant une surface convexe, rénitente, et qui se soulève en masse par la pression. Combinant cette manœuvre avec la palpation hypogastrique, on sent les mouvements d'élévation de la tumeur, mais soit par le procédé, soit par la percussion du kyste ou immédiate ou à travers les parois de l'abdomen, je ne puis obtenir aucune espèce de frémissement hydatique.

En cherchant à préciser les rapports de cette tumeur avec les organes environnants, j'ai reconnu un très remarquable déplacement de la vessie qui ne s'est pas encore produit dans des circonstances semblables.

La moitié antéro-supérieure de la vessie a abandonné le petit bassin pour venir se loger dans la cavité scrotale du côté gauche. Ainsi, la forme totale de l'organe est celle d'un bissac contourné en fer à cheval et embrassant dans sa concavité l'os des pubis. La portion herniée forme une tumeur volumineuse, allongée, sans altération de couleur à la peau, et semblable en tous points à la hernie inguinale ordinaire. Si on la comprime, l'urine s'échappe par le canal, la hernie s'affaisse et ne représente plus qu'une masse ovoïde dure et mamelonnée. Ayant incisé la peau et le dartos, je trouve en dehors de la tunique fibreuse une poche vésicale à parois hypertrophiées et pouvant contenir environ 150 grammes de liquide. Cette poche est recouverte d'une couche de graisse très adhérente et très épaisse. Le testicule et le cordon, recouverts de leur tunique vaginale et fibreuse, sont rejetés en arrière et en dehors. La partie non herniée est constituée par le bas-fond de la vessie soulevé et entraîné derrière la symphyse pubienne ; en arrière, elle touche à la tumeur, mais en avant, près du col, elle est entièrement libre et soustraite à

toute compression. Enfin, la portion rétrécie du bissac appuie sur la branche horizontale gauche du pubis en dehors de l'épine de cet os ; des adhérences nombreuses la fixent au pourtour de l'anneau.

Les uretères descendent jusqu'au fond du petit bassin, s'accrochent sur les faces latérales du kyste, comme on peut le voir sur la pièce, et remontent de bas en haut et d'arrière en avant pour gagner la vessie.

Le péritoine, arrivé au niveau de la symphyse sacro-iliaque, quitte la face antérieure du rectum, se porte sur la tumeur, qui en est coiffée dans toute sa portion abdominale, puis redescend vers les pubis, touche à peine en ce point à la vessie, et se continue avec le péritoine pariétal derrière l'anneau inguinal externe. J'aurais bien désiré conserver cette curieuse disposition sur le bassin même ; malheureusement, je n'ai pu disposer du sujet. Ayant été obligé d'extraire la tumeur sans toucher au bassin, il m'a été également impossible d'étudier les modifications de forme et de siège qu'auraient pu subir les vésicules séminales. Le rectum ne m'a présenté rien de particulier.

Je passe maintenant à l'examen du kyste lui-même.

Il présente à peu près la forme et le volume d'une tête de fœtus à terme ; son grand diamètre est de 15 centimètres, ses diamètres transversaux de 9 à 11 centimètres, et son poids de 900 grammes ; ses parois, de nature fibreuse et inégalement résistantes, sont le siège d'une vascularisation très riche, disposée en houppes ou en réseau à mailles très fines. Vers le sommet de la tumeur et dans une étendue de 5 à 6 centimètres carrés, le sac s'épaissit et affecte une apparence cartilagineuse ; à l'autre extrémité se trouve une bande fibreuse assez large, sorte de pédicule qui servait seul de point d'attache solide au kyste, car le reste de sa surface était revêtu d'un tissu cellulaire lâche. On remarquait çà et là des traînées rougeâtres d'aspect musculaire, mais qui n'étaient sans doute que du tissu cellulaire gorgé de sang.

Voulant m'assurer du contenu de ce kyste, j'ai pratiqué une ponction à travers laquelle sont sorties deux acéphalocystes et une petite quantité de sérosité limpide. A l'examen microscopique que je dois à l'obligeance de M. Robin, la plupart des hydatides contenaient une grande quantité d'échinocoques, mais

très peu de crochets libres. Si l'on plonge le doigt dans l'intérieur de la poche, on rencontre un grand nombre d'acéphalocystes de toutes dimensions.

Je n'ai point de renseignements directs relativement aux troubles fonctionnels qui ont pu exister pendant la vie, mais ce que je puis dire, c'est que cet homme, au moment où il est mort, était en pleine santé, c'est qu'il habitait l'hôtel des Invalides depuis longtemps, et qu'il n'était jamais venu réclamer les services de la chirurgie. D'autre part, il a été sondé plusieurs fois sans difficulté; pendant sa longue agonie des lavements lui ont été administrés sans effort. J'ai répété le cathétérisme sur le cadavre, la tumeur étant en place, sans éprouver de résistance. Enfin, en pressant légèrement sur la cystocèle, l'urine, comme nous l'avons dit, s'écoule largement. C'est en réunissant toutes ces circonstances qu'il nous est permis de suppléer aux commémoratifs, et de dire que les troubles fonctionnels n'ont point été comparables à ceux que l'on serait en droit de supposer *a priori*.

Réflexions. — L'histoire de ce kyste hydatique, bien que réflétant les caractères génériques assignés à ce genre de tumeurs, a pourtant sa physionomie propre, de telle sorte qu'elle peut servir à la fois de sanction et de complément aux idées émises à ce sujet.

1° Cette tumeur a pris incontestablement naissance dans le tissu cellulaire sous-péritonéal du petit bassin. C'est un nouveau fait que vient confirmer l'opinion émise par M. Charcot (*Gazette médicale*, année 1852, page 639), qui assigne le cul-de-sac rétro-vésical comme siège de prédilection aux kystes hydatiques du petit bassin.

2° Le genre de ces sortes de parasites, c'est de n'éveiller aucune sympathie soit du voisinage, soit éloignée, de se greffer en quelque sorte sur l'organisme vivant en provoquant la formation à leur profit d'un riche appareil vasculaire. Sous ce rapport, le cas qui nous occupe vient encore confirmer la règle.

3° Nous avons pu conclure par une déduction rigoureuse que la présence de ce kyste n'a déterminé pendant la vie aucun accident sérieux de compression, ni du côté de la vessie, puisque l'émission des urines est facile; ni du côté du rectum, puisque cet intestin est vide, non dilaté ni hypertrophié; ni du côté des

vaisseaux, puisqu'il n'y a eu ni leucophlegmasie ni ascite. Ici le fait devient tout à fait exceptionnel, et je trouve la raison de cette anomalie dans la situation même de la tumeur. Toutes les fois que le kyste naît sur le plancher du petit bassin, derrière les ligaments supérieurs de la vessie, et que son développement se fait suivant un plan horizontal, il comprime nécessairement le col de la vessie en avant et le rectum en arrière, comme le fait la matrice dans les premiers mois de la grossesse, quand il y a rétroversion. Mais quand le développement, comme chez notre sujet, se fait suivant un plan qui représente l'axe du bassin, il simule parfaitement le développement de l'utérus non déplacé, franchit comme lui le détroit supérieur, et permet ainsi aux organes qui y sont contenus de se soustraire en partie à son action compressive ou de la vaincre facilement. De cette façon, les kystes hydatiques de cette région, identiques dans leur point de départ, suivraient dans leur évolution, tantôt une direction horizontale et occasionneraient inévitablement sur la vessie, sur le rectum, sur le périnée même, une compression proportionnelle à leur grosseur; tantôt une direction sensiblement verticale, dont le résultat serait directement opposé.

A quoi tient cette différence? Apparemment au degré de solidité des adhérences du kyste. Dans la plupart des observations connues, les adhérences étaient nombreuses, résistantes: ici la tumeur n'était reliée au bassin que par une bande fibreuse qui simulait assez bien les ligaments larges, bien que placée plus profondément.

4° Un second caractère distinctif de cette observation, c'est d'offrir l'exemple unique encore d'une hernie consécutive de la vessie. Quel a été le mécanisme de ce déplacement? On ne saurait dire qu'il y a eu compression du col vésical, rétention d'urines, puis dilatation consécutive, et finalement hernie de l'organe, comme cela arrive dans les cas rares, du reste, où des tumeurs du bassin ont produit une cystocèle. Non; car le col vésical est libre, le volume de la vessie est à peine augmenté d'un tiers, et encore faut-il tenir compte de la dilatation qui a dû suivre la hernie; il faut donc recourir à une autre explication: je la trouve dans l'élévation progressive du kyste.

Rattaché à la vessie, coiffé par le péritoine, il a dû, en s'élevant dans l'abdomen, entraîner la première au-dessous des pubis

et décoller le second des parois du petit bassin et du pourtour de l'anneau inguinal externe. De cette façon la vessie se trouvait comprise entre deux plans résistants, les parois abdominales en avant, la tumeur en arrière, dont l'effet combiné était d'empêcher son ampliation du côté de la cavité abdominale et de la favoriser du côté des anneaux. Je considère cette disposition comme la plus favorable à la production de la hernie inguinale de la vessie ; aussi c'est par un mode d'action identique que la matrice pendant la gestation devient la cause la plus puissante de cystocèle.

5° Pouvait-on, pendant la vie, arriver au diagnostic précis de cette affection ? Je le pense. Il y avait deux choses à reconnaître : la cystocèle et le kyste hydatique. Je ne m'arrête pas au diagnostic de la cystocèle, car elle existait avec tout son cortège de symptômes, et par conséquent n'offrait pas plus de difficultés que si elle se fût présentée seule. Toute la difficulté est relative au kyste lui-même. La palpation et la percussion sur l'hypogastre indiquaient facilement que l'on avait affaire à une tumeur enkystée liquide ; le toucher rectal, aidé de la pression sur le ventre, fixait son siège dans le petit bassin. Or que pouvait être une tumeur enkystée liquide dans cette région chez un homme ? La vessie dilatée, un abcès enkysté, une tumeur sanguine, un kyste simple ou hydatique. Ce n'était pas la vessie, car après le cathétérisme la tumeur persistait tout entière. On ne pouvait pas davantage s'arrêter à l'idée d'un abcès, car d'après la disposition des plans aponévrotiques, un abcès de cette région ne peut être qu'idiopathique, que le reliquat d'un phlegmon suppuré qui a dû laisser des traces dans le souvenir du malade ; mais du reste une telle collection est toujours entourée de tissus malades indurés qui ne ressemblent en rien aux parois si souples, si élastiques d'un kyste hydatique.

La tumeur hématique aurait beaucoup plus de points de ressemblance ; mais chacun sait qu'elle est très rare et presque spéciale à la femme ; que sa formation s'accompagne de tous les phénomènes consécutifs aux hémorrhagies graves, phénomènes qui ne peuvent rester inaperçus pour le malade et que ne laisse guère supposer la belle santé de notre sujet.

Restent donc les kystes simples. Ici tous les caractères deviennent communs ; le grand volume de la tumeur seulement

pouvait être une présomption en faveur de l'existence d'un kyste hydatique, car je ne connais pas d'exemple chez l'homme de kyste simple du bassin aussi volumineux : d'ailleurs la confusion serait de peu d'importance, quelle que dût être la conduite du chirurgien. Je ne parle pas, et à dessein, de l'existence simultanée de tumeurs semblables dans d'autres régions et du frémissement hydatique que l'on a cité comme le signe pathognomonique des hydatides. Ces renseignements sont précieux quand ils existent, mais ils manquent trop souvent ou ne peuvent être obtenus nommément dans notre observation pour mériter une attention sérieuse.

6° Que serait devenue cette tumeur ? Apparemment elle se serait développée, elle aurait continué de vivre jusqu'au jour où, succombant sous l'effort d'un organisme dont elle enraie les fonctions, elle fût devenue le siège d'une inflammation franche ou ulcéralive, dont le dernier terme est l'épanchement de son contenu quelquefois au dehors, le plus souvent dans l'intestin. C'est assez dire que cette issue fréquente, mais non fatale, me paraît moins une période nécessaire dans l'évolution de l'hydatide qu'une maladie, un accident survenu dans la vie de ces êtres étranges.

OBSERVATION.

Fracture extra-capsulaire multiple du col du fémur. —
Par le docteur Maurice-Constant Perrin.

Un vieillard de soixante-dix ans fit une chute de sa hauteur sur la hanche droite. Apporté immédiatement à l'hôpital, on peut constater une fracture extra-capsulaire du col du fémur, caractérisée par l'impuissance absolue du membre, une grande mobilité au niveau du grand trochanter, de la douleur, du gonflement, un raccourcissement de 2 centimètres et le renversement du membre pelvien, et surtout du pied en dedans ; l'adduction était tellement prononcée, que le pied reposait dans presque toute sa longueur sur le bord plantaire interne. On pouvait le ramener dans sa position normale ; mais sitôt qu'il était abandonné à lui-même, le renversement en dedans se reproduisait instantanément. Non seulement le renversement en dehors n'a jamais existé, mais il n'a pu même être produit malgré tous mes efforts sur le cadavre.

Cet homme succomba au vingtième jour de son accident. L'autopsie révéla une fracture extra-capsulaire multiple que j'ai l'honneur de mettre sous vos yeux.

Cette fracture siège tout à fait à la base du col, au point d'union de la substance spongieuse avec la substance compacte. Elle se dirige obliquement du bord antérieur du grand trochanter vers la ligne âpre, au niveau du milieu de l'insertion du grand fessier, de telle sorte qu'une petite portion de ce muscle restait adhérente au fragment inférieur. Cette fracture semble résulter d'un mouvement de torsion de dehors en dedans, de la diaphyse sur le col : aussi elle est *conchoïde*, et la base du col, dépouillée de son enveloppe de tissu compacte, représente une sorte de cône qui s'emboîte avec le fragment inférieur. Il y a pénétration du col dans la diaphyse, mais seulement en arrière et en bas. Par suite de cette pénétration, l'angle de réunion du col avec le corps du fémur est à peu près droit.

Le fragment inférieur fait saillie en avant ; il est maintenu solidement en place par les insertions de la capsule articulaire. Quand on cherche à produire le renversement en dehors, on tend violemment ces trousseaux fibreux qui relient le fragment inférieur au fragment supérieur.

Le grand trochanter a été détaché du fragment supérieur, entraînant avec lui en haut et en arrière une portion du tissu compacte de la diaphyse, de façon à constituer un fragment triangulaire à base supérieure s'étendant du sommet du grand trochanter jusqu'au point le plus déclive de la fracture. Ce fragment n'est constitué que par le tissu compacte.

Le petit trochanter est également détaché ; il faisait corps avec le tendon du muscle *psaos*.

Ainsi cette pièce représente un exemple de fracture multiple avec séparation complète du grand et du petit trochanter.

Réflexions. — 1° M. Malgaigne pose dans ces fractures la pénétration des fragments en règle générale ; il ne fait d'exception que pour les cas où le grand trochanter fait partie du fragment supérieur. L'observation qui précède, dans laquelle le grand trochanter peut être considéré comme faisant partie du fragment supérieur au point de vue qui nous occupe, prouve que la restriction de M. Malgaigne est même trop absolue.

2° Cette fracture s'est accompagnée de la rotation du membre

en dedans; c'est un fait exceptionnel, mais non unique. Guthrie, MM. Mercier et Michon (*Bulletin Soc. anat.*, 1835, p. 37), en ont rapporté des exemples. Dans ces différents cas, le grand trochanter faisait partie du fragment supérieur; par conséquent, dans une fracture extra-capsulaire du col du fémur, la position du membre permet de préciser jusqu'à un certain point la variété de la fracture.

Guthrie a voulu rattacher ce renversement du pied en dedans à la fracture du grand trochanter, et partant à la nullité d'action des muscles rotateurs en dehors. Cette théorie est insuffisante, puisque la rotation en dedans n'est point une conséquence forcée de la fracture du trochanter : la véritable cause, la cause première, me paraît résider dans la manière dont se produit l'accident. Généralement la chute a lieu d'avant en arrière; mais si elle se fait latéralement, de façon que le membre soit porté violemment dans l'adduction avant que le trochanter touche le sol, le fémur subit une sorte de mouvement de torsion de dehors en dedans, de telle sorte que la face antérieure de la capsule fémorale qui limite la rotation en dehors reste intacte et empêche le membre de se renverser d'autant plus qu'il n'y est plus sollicité par les muscles rotateurs. Voilà du moins ce qui s'est manifestement passé chez notre malade.

OBSERVATION.

Fracture du col chirurgical de l'humérus. — Par le docteur Maurice-Constant Perrin.

Un vieillard de soixante-dix ans fit dans la rue une chute sur l'épaule droite. Peu soucieux, comme le sont la plupart des vieillards, il ne se préoccupa ni du gonflement, ni de l'impossibilité dans les mouvements, ni de la douleur qui furent la suite de son accident. Tout fut abandonné à la nature, et ce ne fut que longtemps après, lorsqu'il entra à l'hôpital pour une autre affection, qu'on reconnut chez lui une fracture du col chirurgical de l'humérus heureusement consolidée.

Cette fracture siège à 2 centimètres environ au-dessus de l'insertion du grand dorsal; sa direction est oblique de haut en bas et de dehors en dedans. Le fragment supérieur, par suite de la rotation de la tête de l'humérus en arrière et en bas, est dirigé

fortement en avant et en dedans, de telle sorte que la surface fractionnée regarde directement en avant. La grosse tubérosité de l'humérus a été également fracturée et entraînée en haut et en dehors jusqu'au contact de la cavité glénoïde, par l'action simultanée des muscles sus et sous-épineux. Elle est soudée dans cette position sur la surface articulaire de façon à être cachée complètement par la voûte de l'acromion. L'excavation qui est résultée de son déplacement persiste, comblée seulement en partie par le périoste épaissi. Le fragment inférieur est porté en dedans et en haut; sa surface fracturée offre deux larges facettes : l'une, externe, est en rapport avec la face inférieure de l'apophyse coracoïde et réunie à elle par une capsule articulaire accidentelle; l'autre, interne, a été creusée d'une large gouttière par l'artère axillaire qui y est logée et qui y prend des adhérences. Le fragment inférieur venant ainsi comprimer l'artère, on comprend facilement la disposition anévrismatique que présente le tronc de l'artère scapulaire inférieure.

Les deux fragments, par suite de leur obliquité réciproque, se réunissent sous un angle à sinus postérieur d'environ 100 degrés. Comme le fragment inférieur a complètement abandonné le fragment supérieur et qu'il s'est élevé d'environ 4 centimètres, la surface fracturée du fragment supérieur est venue se mettre en rapport avec le périoste du fragment inférieur, et c'est dans ces rapports que la consolidation s'est effectuée. Par suite de cette disposition, le tendon de la longue portion du biceps a quitté sa coulisse, que l'on peut suivre jusqu'au sommet du fragment inférieur pour se porter fortement en dehors vers la capsule humérale.

Réflexions. — Plusieurs détails dans cette pièce me paraissent mériter une attention spéciale.

1° L'os a été fracturé au-dessous du point où la diaphyse se sépare nettement de la substance spongieuse, point qui est le siège habituel de ces sortes de fractures.

2° Cette fracture s'est accompagnée d'un déplacement si considérable, que les surfaces fracturées n'ont plus un seul point de contact, et qu'il y a un chevauchement d'environ 4 centimètres. Or les déplacements dans la fracture du col chirurgical de l'humérus sont un fait assez rare pour que M. Malgaigne, sur plus de vingt cas, n'ait pu en recueillir que deux.

3° M. Malgaigne avance que le sens de l'obliquité dans ces sortes de fractures est presque toujours de haut en bas et de dehors en dedans, quand bien même le fragment inférieur serait rejeté en dedans. Cette pièce vient confirmer son assertion : il est bien évident que si l'on avait eu à porter un diagnostic chez notre sujet, on se fût arrêté, par suite de la présence facile à constater du fragment inférieur dans un point très élevé du creux axillaire, on se fût arrêté, dis-je, à l'idée d'une fracture oblique de haut en bas et de dedans en dehors ; et pourtant l'extrémité du fragment inférieur restée libre ne laisse aucun doute sur la direction opposée de l'obliquité. Cette anomalie, spéciale à cette sorte de fractures, tient sans aucun doute à l'extrême mobilité du fragment supérieur et à la rotation constante de la tête de l'humérus en dehors. Je comprends difficilement pourquoi M. Malgaigne refuse de considérer l'action musculaire comme la cause la plus puissante de ce mouvement de rotation.

4° Était-il possible de réduire cette fracture ? Cela me paraît douteux. Des tractions faites de haut en bas eussent pu rendre au membre sa longueur, mais n'auraient abouti qu'à mettre le fragment inférieur en contact avec la capsule articulaire : la seule ressource eût donc été d'exercer des extensions après avoir élevé le bras en dehors au delà de l'angle droit, dans le but d'affronter les surfaces fracturées, de les engrener assez pour permettre de ramener le bras près du tronc et de l'y maintenir. Tyrrel, dans un cas à peu près semblable, réussit à assurer la coaptation en soutenant le bras élevé à angle droit à l'aide d'une attelle rectangulaire, dont un côté s'appliquait contre le tronc, tandis que le bras reposait sur l'autre.

MÉMOIRE
SUR LA CATARACTE CAPSULAIRE
AVEC QUELQUES RÉFLEXIONS SUR LES AFFECTIONS DÉSIGNÉES
sous les noms de CAPSULITE et de KÉRATITE.

PAR M. PAUL BROCA,
Agrégré de la Faculté de médecine de Paris,
Chirurgien des hôpitaux.

§ I.

Quatre observations de cataracte capsulaire.

On disait assez généralement, il y a une quinzaine d'années, que la plupart des cataractes étaient capsulo-lenticulaires. Cette erreur, que Sanson surtout avait répandue, demandait à être vivement réfutée. Pour la déraciner, pour convaincre les chirurgiens de la rareté d'une chose qu'ils croyaient si fréquente, et pour leur enlever en même temps leurs illusions à l'endroit des cataractes secondaires, il était nécessaire de frapper un grand coup, et ce fut M. Malgaigne qui s'en chargea.

Après avoir disséqué vingt-cinq yeux atteints de cataracte, ce chirurgien écrivit en 1841 à l'Académie de médecine pour lui annoncer qu'il *n'avait pas trouvé une seule fois la capsule opaque*. Depuis lors il continua ses recherches. En 1843, ses dissections s'élevaient déjà au chiffre de soixante, et il put encore répéter dans une leçon clinique qu'il n'avait jamais vu de cataracte capsulaire. C'était déjà une forte présomption contre l'existence d'une affection réputée si fréquente. M. Malgaigne alla plus loin ; il prétendit que l'histoire des cataractes capsulaires ne reposait sur aucune base, et qu'il n'y avait dans la science aucune observation propre à en établir la réalité.

Cette assertion de M. Malgaigne fut reçue avec une vive surprise et souleva une forte opposition. La plupart des ophthalmologistes se souvenaient d'avoir vu des cataractes qu'ils avaient cru

reconnaître pour des cataractes capsulaires ; mais le plus souvent ils n'avaient conservé ni les observations, ni les pièces pathologiques, ne s'attendant pas à l'attaque qui devait être ensuite dirigée contre leur doctrine. Ces faits avaient pu suffire pour leur donner des convictions très arrêtées, mais il est clair que pour la science ils n'avaient aucune valeur. Puis il arriva que certaines pièces furent présentées comme des exemples de cataracte capsulaire, et lorsqu'on voulut y regarder de plus près, on découvrit que la prétendue opacité de la capsule était constituée par une couche pseudo-membraneuse déposée sur la face antérieure de cette mince membrane, ou par des fragments opaques de l'écorce du cristallin déposés sur sa face postérieure. Il y avait là un avertissement propre à rendre les sceptiques de plus en plus difficiles par la preuve anatomique ; dès le moment qu'il était démontré par des exemples incontestables que certaines lésions étrangères à la capsule pouvaient simuler la cataracte capsulaire, il était clair qu'il fallait se défier des faits publiés précédemment, et qu'il fallait rejeter à plus forte raison les arguments que les praticiens allaient chercher dans leurs souvenirs.

M. Malgaigne, qui n'est pourtant pas cartésien, avait donc fait table rase du passé et laissé le champ libre pour les observations ultérieures. Dix années s'écoulèrent et parurent lui donner raison. Non que les opposants aient fait faute pendant ce temps-là : les opposants furent nombreux au contraire, mais ils ne fournirent que des arguments théoriques de nulle valeur, ou des arguments cliniques tout aussi peu concluants ; ou des assertions sans preuve, ou enfin des observations recueillies, il faut bien le dire, avec quelque légèreté, et incapables en tout cas de vider le différend d'une manière définitive.

En présence d'une négation vigoureuse et d'une affirmation basée sur des motifs évidemment insuffisants, tout esprit sévère et libre d'idée préconçue était naturellement porté au doute. Or, en matière de science, le doute et la négation sont bien près l'un de l'autre, car il est permis de nier tout ce qui n'est pas démontré. L'opinion de M. Malgaigne gagna donc chaque jour du terrain, et la plupart des jeunes chirurgiens commencèrent à croire que la cataracte capsulaire, comme tant d'autres affections idéales, avait dû le jour à l'imagination des pathologistes.

Déjà, en 1847, M. Desmarres, dans son *Traité des maladies*

des yeux, annonça que la cataracte capsulaire, loin d'être très fréquente, était au contraire très rare. S'il n'en niait pas l'existence, c'était une simple concession faite aux observations des autres ophthalmologistes, car pour lui il n'en avait jamais vu d'exemple. Mais bientôt il s'enhardit davantage; à mesure qu'il avançait dans la pratique, à mesure qu'il opérait un plus grand nombre de cataractes, il était de plus en plus frappé de l'excessive rareté d'une affection dont il ne pouvait rencontrer un seul cas, et il finit enfin par nier dans ses leçons, aussi résolument que M. Malgaigne, l'existence des cataractes capsulaires.

La conversion de M. Desmarres, si j'ose ainsi m'exprimer, était des plus significatives. Elle prouvait que dans son immense pratique, et sur le nombre très considérable de cristallins qu'il avait extraits, il n'avait pas trouvé la capsule opaque une seule fois. Ce n'est pas sans de bonnes raisons qu'un auteur abandonne publiquement une opinion qu'il a publiquement défendue. Après avoir écrit à une autre époque que la cataracte capsulaire existait réellement, M. Desmarres avait tout intérêt à chercher et à trouver des faits favorables à son assertion, et il fallait que ces faits fussent bien rares pour qu'il n'eût pu réussir à en découvrir un seul.

Ajoutez à cela que M. Malgaigne, et bien d'autres après lui, avaient vainement cherché à rendre artificiellement la cristalloïde opaque. Sur le cadavre et sur le vivant, sur les animaux et sur l'homme, les procédés physiques ou chimiques, les plaies, les réactifs, laissèrent toujours, suivant l'expression de M. Malgaigne, la capsule du cristallin « *aussi transparente que Dieu l'a faite*, » et il fut permis de douter qu'une membrane aussi inaltérable fût susceptible de se laisser modifier par l'état morbide.

Les choses en étaient là lorsque, il y a quelques mois, le jury du concours de l'agrégation en chirurgie donna pour sujet de thèse à l'un des concurrents la question suivante : *Des différentes espèces de cataractes*. Mis en demeure de se prononcer, M. Ad. Richard, — car c'était lui, — n'hésita pas à rejeter l'existence des cataractes capsulaires. Après avoir passé en revue les observations publiées depuis 1841 et les avoir soumises à une analyse sévère, il arriva à cette conclusion, qu'il n'y avait pas dans la science un seul fait démontrant sans réplique l'opacité de la capsule.

Cette conclusion était légitime. Pour établir la réalité d'une chose contestée, il suffit d'un seul fait, sans aucun doute, mais il faut que ce fait présente toutes les garanties d'authenticité et d'exactitude désirables. Il faut surtout qu'il soit accompagné de détails précis et complets permettant de le soumettre à une appréciation critique. Or, il faut bien le dire, parmi les observations de cataracte capsulaire publiées jusqu'au jour où M. Richard a soutenu sa thèse, il n'y en avait aucune qui réunît toutes ces conditions. Peut-être l'auteur fut-il un peu sévère envers certaines observations qui, sans être radicalement démonstratives, étaient au moins de nature à tenir l'esprit dans l'indécision ; mais cette sévérité était permise tant que les partisans de la cataracte capsulaire n'avaient fourni aucun fait absolument irrécusable.

Si, comme je l'espère, les faits que j'apporte aujourd'hui paraissent concluants à la Société anatomique, et si la réalité de la cataracte capsulaire est une fois démontrée, il ne sera plus nécessaire désormais de se montrer aussi exigeant, et l'on pourra tenir compte de certaines observations demeurées suspectes jusqu'à ce jour.

M. Richard s'était borné à dire dans sa thèse que la réalité des cataractes capsulaires n'était pas scientifiquement établie. Cette proposition ayant été attaquée, il se laissa entraîner, dans le feu de l'argumentation, à invoquer un argument en apparence décisif. La membrane cristalline étant complètement amorphe et étant surtout privée de vaisseaux, ne lui paraissait pas susceptible de devenir malade. Ce n'est pas devant la Société anatomique qu'il sera nécessaire de réfuter longuement cet argument. J'ai bien des fois, et surtout à l'occasion des maladies des cartilages, attiré votre attention sur les troubles de nutrition et les lésions de structure qui peuvent se produire dans les tissus privés de vaisseaux. S'il était permis, dans les sciences d'observation, de procéder par analogie, on serait *à priori* tenté de conclure à la *possibilité* bien plutôt qu'à l'*impossibilité* des maladies de la capsule cristalline. Je reviendrai sur ces considérations de physiologie pathologique ; mais je veux d'abord exposer dans tous ses détails l'observation que j'ai recueillie, et qui me semble de nature à lever tous les doutes relatifs à l'existence de la cataracte capsulaire.

OBSERVATION PREMIÈRE.

Cataracte capsulo-lenticulaire. — Extraction. — Guérison.

Marie Bonhet, âgée de vingt-six ans. Cette fille jouit d'une bonne santé, quoiqu'elle soit assez faible de constitution. Elle demeure dans un village aux environs de Sainte-Foy. Dans son enfance, elle gardait les bestiaux ; plus tard, elle a travaillé la terre. Elle n'a jamais eu d'ophtalmie.

Il y a six ans, ayant par hasard fermé l'œil droit, elle vit au-devant de l'œil gauche un brouillard assez léger qui disparaissait lorsque les deux yeux étaient ouverts. Depuis lors le brouillard s'épaissit graduellement, et, il y a deux ans, la malade cessa de pouvoir distinguer les objets avec l'œil gauche. Malgré cela, cet œil était encore très sensible aux rayons lumineux, plus sensible même que l'œil droit, en ce sens qu'il supportait moins bien l'impression d'une lumière très vive.

Dans le courant des deux dernières années, les phénomènes qui avaient accompagné la perte de l'œil gauche se montrèrent peu à peu sur l'œil droit ; c'est-à-dire qu'un nuage, d'abord léger, puis de plus en plus épais, parut s'étendre autour des objets extérieurs. En même temps cet œil, comme le gauche, devint plus impressionnable à la lumière qu'il ne l'était auparavant.

La malade vint me consulter à Sainte-Foy vers la fin d'août 1853. Je la trouvai dans l'état suivant :

La conjonctive, la cornée et l'iris sont parfaitement sains. La pupille est contractile sous l'influence de la lumière, et, toutes choses égales d'ailleurs, elle se contracte même un peu plus fortement qu'à l'état normal. Lorsque la malade fixe un corps fortement éclairé, cela la fatigue beaucoup ; elle cligne fréquemment et larmoie bientôt.

A travers l'ouverture pupillaire dont la régularité est bien conservée, on aperçoit le cristallin, qui est d'un blanc mat, nacré, et brillant des deux côtés, mais surtout à gauche. L'ombre portée existe ; elle est même assez prononcée, ce qui indique une cataracte peu volumineuse ; le cercle uvéen n'est pas appréciable, l'iris n'est pas bombé en avant.

La vision est entièrement abolie à gauche ; l'œil, de ce côté,

distingue seulement la lumière des ténèbres, mais ne peut reconnaître la présence des objets. Du côté droit, la vision s'effectue encore, mais d'une manière très confuse : la malade aperçoit les corps environnants à travers un nuage épais. Avec beaucoup d'attention et en se plaçant convenablement, elle finit par compter le nombre des doigts qu'on lui présente. Elle distingue les objets brillants un peu mieux que les autres ; ainsi elle finit par reconnaître une clef ou une pièce de cinq francs à la distance de 1 mètre. Quelque affaiblie que soit sa vue, elle peut encore se conduire dans les lieux où elle a l'habitude de vivre, et éviter les corps volumineux qui se trouvent sur son passage. Mais elle ne peut se livrer à aucune espèce de travail.

Il n'y a chez elle aucune tendance à la nyctalopie. La vision est aussi mauvaise le soir que le jour ; enfin, une vive lumière fatigue la malade et détermine le clignement et le larmolement des deux yeux.

Tel fut le résultat de mon examen. J'hésitai quelque peu pour le diagnostic. La belle couleur blanche du cristallin et l'uniformité de sa teinte indiquaient une cataracte molle ; son peu de volume indiquait, au contraire, une cataracte dure. Quant à la cataracte capsulaire, l'idée m'en vint un instant, mais je ne m'y arrêtai pas. Je partageais alors les doutes de M. Malgaigne sur l'existence de cette espèce de cataracte. Je me laissai donc aller à croire que j'avais affaire à une cataracte demi-molle.

Je me décidai à opérer l'œil gauche. Quant à l'œil droit, qui conservait encore une vision confuse, je préfèrai ne pas y toucher.

Le 1^{er} septembre 1853, je procédai à l'extraction de la cataracte gauche en présence de mon père, qui voulut bien me servir d'aide. Après l'incision de la cornée, je dirigeai le kystitome à travers la pupille vers la capsule cristalline afin de la diviser ; mais je ne pus pénétrer dans l'épaisseur du cristallin. La capsule épaissie et rigide arrêtait la pointe de l'instrument et se laissait refouler d'avant en arrière sans se laisser diviser. Je n'insistai pas davantage, je retirai le kystitome et je comprimai légèrement le globe de l'œil à travers la paupière supérieure. Rien ne sortit ; je pressai avec plus de force, et bientôt je vis la partie inférieure et externe de la pupille s'écarter fortement pour laisser sortir la lentille cristalline dure, petite et opaque. Celle-ci, pour

passer dans la chambre antérieure, avait repoussé d'une part le bord pupillaire en dehors et en bas, et d'autre part, en dedans et en haut, le bord correspondant d'une sorte d'écran circulaire et opaque situé devant la lentille et derrière l'iris. La cataracte, par conséquent, était capsulo-lenticulaire. La lentille était sortie, mais il restait encore la capsule, toujours visible à travers la pupille, et reconnaissable à sa teinte d'un blanc brillant. Une pince fine fut alors introduite à travers la cornée et la pupille ; j'allai saisir le bord externe de la capsule opaque, et je l'attirai peu à peu à l'extérieur ; j'éprouvai plus de résistance que je n'en attendais, et la malade dit avoir beaucoup souffert dans ce temps de l'opération.

Les pièces furent conservées avec soin. Je les décrirai tout à l'heure, mais je dois dire auparavant quelles furent les suites de l'opération.

Je fermai simplement l'œil avec de petites bandelettes de taffetas d'Angleterre. Je passe sur les autres détails du traitement.

La malade alla bien pendant les premiers jours ; le huitième jour, la cornée était cicatrisée. Le lendemain il survint une conjonctivite accompagnée d'iritis. L'iritis céda promptement à un traitement convenable ; la conjonctivite persista pendant quelques jours de plus. Le 20 septembre la malade était guérie ; le 22 elle retourna dans son village.

Lorsque je la vis pour la dernière fois, le 14 septembre, elle était déjà dans un état satisfaisant. La cornée était bien cicatrisée et n'offrait aucune déformation. L'iris avait repris sa couleur normale, mais la pupille était déformée, son bord inférieur était venu adhérer à la face postérieure de la cornée au niveau de la cicatrice. Cette ouverture se trouvait ainsi un peu agrandie. Du reste, le champ de la pupille était parfaitement libre, et le fond de l'œil était très net. La vision s'effectuait déjà assez bien. En fermant l'œil non opéré, la malade reconnaissait sans difficulté tous les objets qu'on lui présentait ; mais l'action de la lumière sur l'œil était encore un peu douloureuse.

Le 22 septembre, vingt-deux jours après l'opération, elle regagna son village à pied et sans guide. Presque aussitôt elle put commencer à travailler aux champs.

Depuis lors, m'écrivit mon père, à la date du 20 novembre, il n'est survenu aucune modification anatomique dans l'œil opéré.

Sans lunettes, l'impression de la lumière est pénible et accompagnée de clignements fréquents (est-ce l'action des rayons lumineux sur l'œil opéré, ou sur l'œil non opéré, lequel, comme on l'a vu plus haut, donnait déjà lieu auparavant au même phénomène?). Il en résulte qu'au grand jour la vision est assez confuse; mais pendant le crépuscule, ou quand le temps est couvert, la malade y voit facilement à une assez grande distance.

Avec ses lunettes, elle y voit bien mieux encore : l'œil droit, non opéré, est protégé par un simple verre bleu; du côté gauche, le verre est bleu aussi, mais de plus il est fortement convexe; en outre, les lunettes sont garnies de taffetas vert. Grâce à elles, la malade a pu reprendre tous les travaux des champs et les occupations du ménage. Elle reconnaît tous les visages; elle distingue parfaitement sur le coteau des maisons éloignées de 5 à 6 kilomètres. La vue de près est très suffisante aussi : par exemple, la malade a l'habitude de tricoter en gardant les bestiaux, et lorsqu'il lui arrive de laisser échapper une maille, elle la relève sans difficulté.

Elle assure que, depuis l'opération, la cécité de l'œil droit a fait de sensibles progrès, et elle assure, en outre, que l'œil gauche va chaque jour en se perfectionnant de plus en plus.

Cela posé, j'arrive à la description de la pièce anatomique que j'étudiai le jour même de l'opération, et que je montre aujourd'hui à la Société. Je transcris à peu près textuellement les notes que j'ai recueillies alors.

La cataracte est capsulo-lenticulaire, c'est-à-dire que l'opacité porte à la fois sur le cristallin et sur sa capsule.

La cataracte lenticulaire ne diffère pas sensiblement des cataractes dures ordinaires. Le cristallin est réduit à un noyau opaque, petit, dur, d'un jaune fauve, et assez régulièrement lenticulaire.

La capsule étant étalée sur une lame de verre, il est aisé de reconnaître qu'elle se compose de deux parties : l'une épaisse, coriace, opaque, d'un blanc crayeux, formant un disque circulaire assez régulier de 8 millimètres de diamètre, et correspondant manifestement à la paroi antérieure de la capsule cristalline; l'autre mince, transparente, très facile à déchirer, correspondant

à la cristalloïde postérieure, et disposée sous forme de lambeaux membraneux irréguliers autour du disque précédent (fig. 1).

Fig. 1.



Voici ce qui s'est passé au moment de l'extraction : la cristalloïde antérieure n'ayant pu, à cause de sa dureté, se laisser entamer par le kystitome, il a fallu se résigner à employer une assez forte pression pour expulser la lentille cristalline. Celle-ci, pour s'échapper, a d'abord rompu la cristalloïde postérieure au niveau de la circonférence du cristallin, et est entrée dans la chambre postérieure. Refoulant alors l'iris en avant, elle a fini par écarter en sens inverses, d'une part, le bord de la pupille, et, d'autre part, le bord correspondant de la cristalloïde antérieure. C'est ainsi qu'elle a gagné la chambre antérieure, et qu'elle a pu sortir à travers l'ouverture de la cornée. La cristalloïde antérieure était donc restée intacte; mais la cristalloïde postérieure était déjà en partie déchirée. C'est alors que j'ai saisi la capsule avec une pince pour l'extraire à son tour. Chacun prévoit ce qui est arrivé. Épaisse et résistante, la cristalloïde antérieure ne s'est pas rompue, et est venue d'une seule pièce. Les tractions se sont donc transmises à la cristalloïde postérieure; celle-ci, très mince et très molle, s'est déchirée en lambeaux irréguliers, dont quelques-uns peut-être sont demeurés dans l'œil, tandis que la plupart d'entre eux ont suivi la cristalloïde antérieure, sur les bords de laquelle on les retrouve.

Ainsi l'inspection de la pièce anatomique explique d'une manière satisfaisante ce qui s'est passé au moment de l'opération. La ligne de démarcation entre ces deux parties de la capsule, dont l'une est épaisse et opaque, tandis que l'autre est mince et transparente, est assez nettement tranchée. Toutefois, on aperçoit çà et là à la base des lambeaux flottants qui représentent les débris de la cristalloïde postérieure, quelques petits points opaques

disséminés, lesquels, du reste, sont tellement ténus que pour les voir très nettement il est nécessaire de prendre une loupe.

Cela posé, j'ai voulu préciser le siège exact de l'opacité de la cristalloïde antérieure. J'ai voulu savoir, en particulier, si cette opacité n'était pas due, comme cela a lieu quelquefois, à des fausses membranes déposées au-devant de la capsule. Pour cela j'ai dû d'abord chercher à distinguer l'une de l'autre les deux faces de la cristalloïde antérieure. Cette recherche aurait pu donner lieu à quelque hésitation si l'empreinte noire de quelques procès ciliaires, retrouvée en deux points près de la périphérie du disque opaque, n'était venue à mon aide en m'indiquant nettement la face antérieure ou iridienne de ce disque.

Cette face une fois reconnue, il n'est plus possible d'admettre que l'opacité soit due à des fausses membranes déposées au-devant de l'appareil cristallinien. En effet, cette face est brillante comme une glace, et aussi lisse que la face antérieure d'une capsule normale. On ne peut guère supposer que des pseudo-membranes soient susceptibles de revêtir un semblable aspect, et d'ailleurs l'examen de l'iris et l'étude des antécédents de la malade ne sont pas compatibles avec l'hypothèse d'une ancienne inflammation, suivie de sécrétion pseudo-membraneuse, comme cause de la cataracte.

La face postérieure de la cristalloïde antérieure, loin d'être lisse et unie comme la précédente, offre de petites saillies inégales, comme rugueuses et d'un blanc crayeux. Il est permis de se demander si ce n'est pas une matière amorphe provenant du cristallin, et simplement déposée sur la face concave de la cristalloïde; mais on a beau laver, frotter ou gratter avec la pointe du scalpel, on ne peut réussir à enlever ce prétendu dépôt, qui fait bien réellement corps avec le tissu de la capsule. On peut objecter que cette preuve n'est pas absolue; il se pourrait que le dépôt fût ancien et intimement soudé à la membrane. Mais on verra, tout à l'heure, que les résultats de l'examen microscopique ne permettent guère d'invoquer cette fin de non-recevoir.

Il semble donc très probable que l'opacité réside réellement dans l'épaisseur même de la capsule.

Mais avant de passer à l'examen microscopique, il importe de présenter quelques détails de plus sur la description de la capsule examinée à l'œil nu.

J'ai dit d'une manière générale que la cristalloïde antérieure se présentait sous l'apparence d'un disque circulaire opaque, et que les lambeaux de la cristalloïde postérieure étaient, au contraire, transparents. Ceci, pour être exact, demande quelques explications. L'épaisseur et l'opacité de la cristalloïde antérieure sont, en effet, loin d'être uniformes, et, sous ce rapport, on peut diviser la paroi antérieure de la capsule en deux parties assez distinctes : l'une périphérique, et l'autre centrale. La partie périphérique est beaucoup plus épaisse et beaucoup plus opaque que la partie centrale ; elle a environ 2 millimètres de largeur, et correspond assez exactement à la portion marginale du cristallin, qui est habituellement cachée par l'iris. La portion centrale, assez régulièrement circulaire, et large d'environ 4 millimètres, est plus mince, moins coriace, et, quoiqu'elle soit réellement opaque, quoiqu'elle présente une teinte d'un blanc crayeux, on y reconnaît, en regardant de très près, ou, mieux encore, à la loupe, de très petits espaces irrégulièrement disséminés, où l'épaisseur est moindre encore, où la teinte blanche existe à peine, et où il y a une sorte de demi-transparence. Cette partie de la capsule est précisément celle qu'on apercevait à travers la pupille avant l'opération ; c'est celle qui recevait habituellement l'action des rayons lumineux. Je suis loin d'en conclure que l'influence de la lumière ait pris une part quelconque à la production de la lésion de la capsule. Je pense, au contraire, que cette influence a été nulle, et que cette disposition résulte simplement de ce que la maladie de la capsule a procédé de la périphérie vers le centre. Néanmoins, cette conservation d'un certain degré de transparence au niveau de l'ouverture pupillaire était bonne à indiquer. Peut-être, dans un cas plus simple, cela eût-il été de nature à permettre encore quelque peu de vision ; mais, dans le cas actuel, cette disposition favorable était contre-balancée par l'existence d'une opacité centrale de la lentille cristalline, laquelle correspondait précisément au même niveau. Cela explique pourquoi, chez ma malade, la cécité, avant l'opération, était également prononcée à toutes les heures du jour, quel que fût l'état de contraction ou de dilatation de la pupille.

Quant aux lambeaux de la cristalloïde postérieure, j'ai annoncé qu'ils étaient minces, flexibles et transparents. Cela est vrai, mais si on les compare à la cristalloïde postérieure d'un

œil normal, on trouve qu'ils en diffèrent par plusieurs caractères.

Et d'abord leur épaisseur semble plus considérable, puis leur transparence est moins parfaite ; j'ai dit que près de leur base on pouvait apercevoir de très petits points opaques, mais, même dans les parties où ce pointillé manque tout à fait, la diaphanéité est loin d'être aussi absolue qu'à l'état normal. On sait, en outre, que les lambeaux détachés d'une capsule cristalline saine ont de la tendance à se rouler sur eux-mêmes par suite d'une élasticité particulière. Cette élasticité manque entièrement ici ; les lambeaux sont tout à fait flexibles et s'étalent en flottant quand on les plonge dans l'eau. Enfin, et surtout, on sait qu'en dilacérant avec des aiguilles une cristalloïde normale, les lambeaux qu'on obtient sont toujours limités par des coupes nettes comme les fractures d'une lame de verre. Ici au contraire, et chacun peut s'en convaincre sur la pièce que je présente à la Société, (voy. la figure 1), les bords des lambeaux sont irréguliers comme le seraient les bords d'un drapeau déchiré par le vent. Tous ces caractères, qu'on constate déjà à l'œil nu, sont l'indice d'un changement de structure, c'est-à-dire d'une lésion morbide de la cristalloïde postérieure. Or, on n'a pas oublié que la pulpe du cristallin est devenue opaque, on peut donc en conclure que l'appareil cristallinien est malade dans toutes ses parties, quoiqu'à des degrés inégaux.

L'examen microscopique confirme de tout point les résultats de cette étude faite à l'œil nu.

Je ne parlerai pas de la structure de la lentille cristalline : elle ne diffère en rien de celle de toutes les cataractes dures. Le but de ce travail étant l'étude de la cataracte capsulaire, je ne parlerai que de la capsule, et je puis dire d'abord que le désir de ne pas détruire une pièce anatomique destinée à vous être présentée a imposé certaines limites à mon examen. Ce que j'ai vu du reste m'a paru suffisamment concluant.

J'ai d'abord étalé la pièce sur une lame de verre avec quelques gouttes d'eau, et, appliquant une seconde lame de verre sur l'un des lambeaux flottants de la cristalloïde postérieure, j'ai pu étudier, sans autre préparation, la structure de cette dernière membrane.

Or, au lieu d'une membrane hyaline, amorphe, partout ho-

mogène et transparente comme du cristal, propriétés qui appartiennent à la capsule normale, j'ai aperçu un spectacle entièrement différent : j'ai vu un grand nombre de lignes très fines, très nettes, légèrement courbes, et quelquefois légèrement brisées, entrecroisées sans aucun ordre, et différant tout à fait, à cause de leur disposition irrégulière, de l'aspect que donnent les fibres de nos tissus. Ces lignes, dont la figure 2 donne une idée

Fig. 2.



exacte, ressemblent à des sortes de fêlures ; on pourrait encore les comparer à des rayures faites sur le verre avec un diamant. Distantes en général les unes des autres, de $1/10$ à $1/20$ de millimètre, elles laissent entre elles des intervalles dont l'irrégularité échappe à toute description.

Au niveau de ces intervalles, le tissu de la membrane a subi d'assez notables changements. De fines granulations opaques sont dispersées au sein de la substance amorphe. La répartition est loin d'en être uniforme : en beaucoup de points elles manquent totalement ; ailleurs on n'en aperçoit qu'un très petit nombre ;

plus loin elles sont assez serrées pour donner à la membrane un aspect grenu (voy. figure 2, A) ; enfin, en certains points, elles forment par leur accumulation des amas irrégulièrement arrondis (voy. fig. 2, B) dont l'opacité croît en général avec le volume. En faisant courir la préparation sous le microscope, on reconnaît aisément que l'abondance des dépôts grenus est d'autant plus considérable qu'on s'approche davantage de la base des lambeaux, c'est-à-dire de leur extrémité antérieure. Alors surtout, les amas opaques, sans devenir plus nombreux, deviennent plus volumineux, et sont susceptibles d'être aperçus à la loupe et même à l'œil nu. Au contraire, en approchant de la pointe des lambeaux, on voit disparaître les amas de granulations, et l'étendue des parties privées de granulations libres devient de plus en plus considérable.

Lorsqu'on arrive sur les bords de la préparation, on acquiert quelques données de plus. A l'état normal, les débris d'une capsule cristalline divisée par une violence quelconque, déchirée par de simples tractions ou saccagée par des pointes d'aiguilles, présentent et conservent sous les grossissements les plus forts des bords aussi nets que ceux d'une glace brisée. Là au contraire, au lieu d'être limités par des lignes droites, les bords des lambeaux de la capsule sont limités par des contours fort irréguliers et comme fendillés. Les lignes par lesquelles ces fendillements se manifestent se continuent graduellement avec les lignes précédemment décrites, représentées sur la figure 2, et il devient évident que la capsule soumise à une traction supérieure à sa résistance s'est déchirée précisément au niveau de ces dernières.

L'étude des bords du lambeau permet d'apprécier approximativement l'épaisseur de la capsule cristalline et de reconnaître qu'elle est considérablement accrue. En beaucoup de points on aperçoit, grâce à la transparence des parties, le double contour de ces bords, et il est facile, à l'aide du micromètre, de mesurer la distance qui sépare l'une de l'autre les deux lignes de ce double contour. Plusieurs mensurations successives m'ont prouvé que l'épaisseur de la capsule est au moins de 0,02 millimètre, chiffre plus que double du chiffre normal.

Je me suis demandé, enfin, quels étaient la nature et le siège précis des dépôts de granulations qui donnent un commencement d'opacité à la cristalloïde postérieure. Pour résoudre cette

question, j'ai dû sacrifier l'un des lambeaux. Je l'ai étalé simplement sur une lame de verre, et je l'ai disséqué, sous de faibles grossissements, à l'aide d'aiguilles fines. J'ai ainsi reconnu, d'abord que les tractions exercées par les aiguilles faisaient toujours éclater la membrane au niveau des lignes que j'ai comparées à des fêlures, et j'ai vu se former sous mes yeux les bords irréguliers et fendillés résultant de ces déchirures. J'ai cru reconnaître, en même temps, que les amas de granulations (fig. 2, B) étaient situés dans l'épaisseur même de la capsule, et qu'une mince couche membraneuse les recouvrait des deux côtés, mais je dois avouer que le résultat n'a pas toujours été bien net. Enfin, pendant que la préparation était sous le microscope, j'ai ajouté successivement plusieurs gouttes d'acide nitrique, puis d'acide chlorhydrique. Les dépôts opaques n'ont subi aucun changement par l'action de ces réactifs; la transparence de la préparation n'a pas été accrue, et aucune bulle de gaz ne s'est dégagée. Il est certain, par conséquent, qu'il n'y a pas de carbonate dans la composition de ces dépôts, et qu'en outre ils ne sont formés par aucune des substances minérales qu'on a l'habitude de rencontrer dans l'organisme.

J'ai longuement insisté sur l'étude de la cristalloïde postérieure. Je crois avoir démontré que cette membrane, malgré la conservation de quelques uns de ses caractères extérieurs, a réellement subi une profonde modification de structure. Épaissie, ramollie, fendillée, et occupée par des granulations opaques insolubles dans les acides, elle est évidemment le siège d'une maladie accompagnée d'un trouble nutritif grave. Le seul point douteux en tout ceci est relatif au siège précis des granulations opaques, qui sont très probablement contenues dans l'épaisseur même du tissu, mais qui pourraient, à la rigueur, être simplement déposées à la surface interne de la capsule, conformément aux errements de ceux qui nient la possibilité des cataractes capsulaires. Mais, avec les caractères qui précèdent, ce détail vraiment n'a plus qu'une minime importance. S'il est une fois établi que la capsule peut devenir malade et peut subir des lésions multiples, il ne répugne plus d'admettre qu'elle puisse perdre sa transparence. Et si, dans un cas donné où elle paraît opaque, on a à choisir, pour expliquer cette opacité, entre l'idée d'une maladie capsulaire, dont l'anatomie pathologique a démontré la

possibilité d'une manière irrécusable, et l'hypothèse pure d'un dépôt passif simplement juxtaposé à la capsule, et tellement bien combiné avec elle qu'on ne puisse plus l'en séparer ; si, dis-je, on a à choisir entre ces deux explications, dont l'une est toute naturelle, et dont l'autre, au contraire, suppose l'existence d'un phénomène très insolite, il me semble que l'hésitation ne doit pas durer longtemps. Ces réflexions vont nous aider à apprécier la nature de la lésion que présente la paroi antérieure de la capsule.

L'étude microscopique de la cristalloïde antérieure devenue opaque n'a pas été de beaucoup aussi facile que celle de la cristalloïde postérieure. L'opacité du tissu et le désir que j'avais de conserver la pièce ne m'ont pas permis d'en faire un examen complet.

J'ai commencé par gratter mollement avec un scalpel émoussé la face antérieure ou irienne de cette portion de la capsule. J'ai ensuite déposé sur une petite goutte d'eau les parcelles presque invisibles que la lame avait détachées, et j'ai reconnu ainsi dans cette préparation l'existence d'un certain nombre de cellules épithéliales. Cela prouve qu'aucune fausse membrane n'est déposée au-devant de la capsule, et qu'il ne s'agit par conséquent pas d'une cataracte fausse.

J'ai cherché alors à détacher par le grattage quelques fragments des dépôts blancs et comme crétacés qui rendent inégale et presque rugueuse la face postérieure de la capsule. J'en ai obtenu quelques-uns, et, après les avoir pulvérisés, je les ai placés sous le microscope. J'ai aperçu des masses opaques, fort irrégulières, paraissant inorganiques, mais n'offrant du reste aucune forme cristalline. L'addition des acides a fourni les mêmes résultats négatifs que sur les dépôts opaques de la cristalloïde postérieure, c'est-à-dire qu'elle n'a rien dissous et qu'elle n'a dégagé aucune bulle de gaz. Je n'ai pu préciser autrement la nature de cette matière singulière qui donne à la capsule son opacité.

Quant à la substance même de la cristalloïde antérieure, il ne m'a pas été possible sous le microscope d'en retrouver les traces au niveau même de ces dépôts crétacés. Mais on n'a pas oublié que cette membrane n'est pas également opaque dans toute son étendue, et que, à sa partie centrale, au milieu d'un grand nombre de points dont la transparence est masquée, il en reste quelques-uns qui ont conservé quelque diaphanéité. J'ai placé sous

le foyer du microscope, et soumis à de faibles grossissements de 50 diamètres les parties demi-transparentes dont je viens de parler, et là j'ai pu m'assurer d'une chose déjà rendue probable par ce qui précède : c'est que la maladie de la cristalloïde antérieure est tout à fait la même que celle de la cristalloïde postérieure. Le tissu de la membrane laisse apercevoir çà et là quelques points fort rares et fort limités où la diaphanéité est partiellement conservée et où un dépôt grenu, entièrement semblable à celui qu'on voit sur la figure 2, A, mais plus abondant que lui, n'intercepte qu'incomplètement le passage des rayons lumineux. De loin en loin, dans ces points à demi transparents, on voit passer une ligne fine assez droite, analogue à celles qu'on trouve sur la même figure 2. Ces lignes, par leurs deux extrémités, disparaissent dans la complète opacité des parties environnantes. Je n'en ai aperçu, du reste, que quatre ou cinq dans toute l'étendue de la pièce, et il est probable qu'elles n'eussent pas fixé mon attention si l'étude de la capsule postérieure ne m'eût déjà appris la signification et l'importance de ces sortes de fêlures. En résumé, donc, la maladie de la cristalloïde antérieure est la même que celle de la cristalloïde postérieure; seulement elle est beaucoup plus avancée, et les dépôts granuleux, beaucoup plus abondants, ont rendu la première plus épaisse, plus ferme, et surtout plus opaque que la seconde.

On excusera peut-être la longueur des détails qui précèdent, si l'on réfléchit qu'il était nécessaire de répondre par avance à toutes les objections, de se mettre à l'abri de toutes les fins de non-recevoir. Il me semble parfaitement démontré : 1° que la capsule du cristallin peut devenir malade; 2° que des granulations opaques peuvent se déposer dans son épaisseur. Il n'en faut pas davantage pour établir définitivement l'existence des cataractes capsulaires.

J'avais recueilli l'observation précédente en province. Peu de jours après mon retour à Paris, mon collègue et ami, M. Ad. Richard, me porta une pièce analogue à la mienne, en me priant de l'examiner au microscope. Cette pièce lui avait été remise quelques heures auparavant par M. Sichel comme un exemple de cataracte capsulaire, et M. Richard, du reste, abandonnant loyalement une opinion trop exclusive, reconnaissait qu'effectivement la cristalloïde était devenue opaque. Avant d'exposer les résultats

de l'examen microscopique, je transcris presque textuellement l'observation suivante que M. Sichel s'est empressé de mettre à ma disposition.

OBSERVATION DEUXIÈME.

Cataracte capsulo-lenticulaire et morgagnienne. — Extraction.

« M. D..., âgé de soixante et onze ans, atteint d'une cataracte » double, opéré des deux côtés le 28 septembre 1853.

» Cet homme présente à l'œil droit une cataracte capsulaire » végétante. La végétation forme une large plaque, assez réguliè- » rement arrondie, qui remplit les deux tiers internes de la pu- » pille modérément dilatée. Le tiers externe de l'opacité offre » les caractères d'une cataracte lenticulaire molle un peu striée; » son étroitesse, jointe à la situation très profonde de l'œil et à » la saillie de l'arcade sourcilière, ne permet pas de reconnaître » dans le tiers externe de l'opacité les caractères bien positifs des » cataractes capsulaires.

» Après la kératotomie, au moment où je vais introduire le » kystitome, une forte contraction des muscles oculaires lance » au dehors le cristallin entouré de sa capsule. »

La capsule, close de toutes parts et transparente dans la plus grande partie de son étendue, laissait apercevoir un contenu jaunâtre et liquide. Lorsqu'on plaçait sur une surface quelconque l'appareil cristallinien dans son ensemble, il s'aplatissait, preuve que le liquide intérieur ne distendait pas complètement la capsule.

« La face antérieure de la capsule, au centre et un peu du côté » interne, présente la végétation (1) capsulaire reconnue sur le » vivant, à peu près ronde, quoique ses bords soient légèrement » déchiquetés. Des stries fines, opaques, blanchâtres, un peu sail- » lantes comme le seraient de petits plis de la capsule, s'éten- » dent irrégulièrement autour de la végétation. La circonférence » de la végétation est plus opaque, plus élevée et plus rugueuse; » son centre plus lisse, un peu déprimé, demi-transparent. »

(1) M. Sichel emploie l'expression consacrée de *végétation*; mais, en réalité, il s'agissait simplement d'un épaissement de la capsule, comme dans le cas que j'ai rapporté.

M. Sichel désirait conserver intacte cette curieuse pièce, mais une personne étrangère l'ayant touchée imprudemment, la paroi postérieure de la capsule se rompit et son contenu s'écoula immédiatement.

« Le contenu se compose : 1° d'un noyau dur, aplati d'avant en arrière, irrégulièrement arrondi, large d'environ 4 millimètres, épais de 1 à 2 millimètres ; 2° d'un liquide épais, jaunâtre, tout à fait semblable (c'est M. Sichel qui parle) à celui que j'ai vu dans plusieurs cataractes morgagniennes. »

La rupture de la capsule et l'issue de son contenu permirent d'examiner la surface interne de cette membrane.

« A sa face postérieure, toute la partie végétante de la capsule présente une dépression égale à l'élévation de sa face antérieure. On reconnaît que l'opacité de la circonférence de la végétation et des plis qui l'entourent est produite par des plaques en forme de petites bandelettes semi-lunaires, composées de fibroalbumine condensée, très blanches quand on les regarde en arrière, tandis qu'elles paraissaient grises lorsqu'on les regardait en avant. De la circonférence de ces plaques partent des stries blanchâtres, très fines, formées par des filaments fibroalbumineux, également incrustés dans de légères dépressions de la face postérieure de la capsule, et formant les stries qu'on aperçoit par devant. On voit bien ces détails surtout lorsque la capsule est plongée dans l'eau. »

M. Sichel, jugeant cette pièce suffisamment démonstrative, la remit à M. Richard, qui voulut bien me la porter dans la journée. Je l'étudiai immédiatement au microscope.

La pièce offrait plus d'une analogie avec celle que j'ai longuement décrite dans l'observation 1^{re}. On y apercevait, comme sur la figure 1, une portion opaque, épaisse, résistante, à peu près circulaire, laquelle avait conservé son intégrité ; c'était la paroi antérieure de la cristalloïde, et autour d'elle plusieurs lambeaux très minces et transparents, débris de la cristalloïde postérieure. En échange de l'observation qu'il avait bien voulu m'adresser, j'envoyai à M. Sichel la note suivante, où j'avais consigné les résultats de l'examen microscopique :

« 1° La partie mince et transparente (cristalloïde postérieure) paraît un peu plus épaisse que la cristalloïde normale. Il semble aussi que sa transparence ne soit pas aussi complète. Examinée au

microscope, elle s'écarte assez notablement de la structure physiologique. A l'état normal, en effet, et lorsqu'elle est débarrassée des portions de l'écorce du cristallin qui lui adhèrent souvent, la cristalloïde ne présente ni fibres, ni stries, et possède, dans toute son étendue, une transparence uniforme et absolue. Si, à l'aide d'une aiguille, on cherche à la diviser sous le microscope, on réussit seulement à la briser en fragments anguleux et irréguliers qui ressemblent à des éclats de verre. Dans le cas actuel, la transparence sous le microscope est uniforme comme à l'état normal. Mais les tractions exercées avec une aiguille sur le fragment de membrane préparé pour l'examen microscopique ont suffi pour en diviser le tissu en bandelettes ou lanières étroites et longues, bien reconnaissables, malgré leur transparence, par la réfraction de leurs bords. Le tissu de la cristalloïde, dans les points où elle paraît saine, n'est donc pas le même qu'à l'état normal ; ses propriétés physiques sont altérées, et elle a acquis la propriété de se laisser *fissurer* et diviser en lanières par des tractions.

• 2° La partie opaque et épaisse de la capsule n'offre ni une opacité ni une épaisseur uniformes. Au centre, l'épaisseur et l'opacité sont trop considérables pour se prêter à l'examen microscopique ; mais sur les bords, c'est-à-dire sur la partie la plus périphérique de la cristalloïde antérieure, il m'a été possible de détacher un petit fragment demi-transparent que j'ai placé sous le microscope.

• On reconnaît ainsi qu'une substance opaque est déposée sous forme d'amas irréguliers et inégaux dans l'épaisseur de la membrane cristalline. Là où le dépôt est épais l'opacité est complète ; dans les intervalles qui séparent ces accumulations de matière opaque la membrane cristalline a conservé quelque transparence et présente un aspect grenu.

• J'ai essayé l'action de l'acide chlorhydrique et celle de l'acide nitrique pendant que la pièce était sous le microscope. L'effet a été à peu près nul. En tous cas, il n'y a eu aucun dégagement de gaz, preuve que les dépôts ne renferment pas de carbonates.

• Ne pouvant me permettre de détériorer davantage la pièce principale, je n'ai pas essayé l'action des autres réactifs. •

On voit que le fait de M. Sichel offrait avec le mien la plus

grande ressemblance. La ressemblance paraîtrait plus grande encore si j'avais décrit moi-même la pièce anatomique et si je n'avais préféré conserver la description très claire d'ailleurs de M. Sichel.

Ces deux faits m'ayant paru suffisants pour trancher la question, je les communiquai le samedi suivant, 1^{er} octobre, à la Société de biologie, et je ne manquai pas d'exposer les doutes que je conservais sur la nature des dépôts opaques et d'apparence crayeuse auxquels, dans les deux cas, la capsule avait dû son opacité. M. Robin, qui assistait à la séance, m'annonça que, sur une pièce analogue, récemment extraite par M. Desmarres, il avait reconnu que ces dépôts amorphes étaient constitués par des matières grasses.

Quelques jours plus tard, en effet, la *Gazette des hôpitaux* du 18 octobre publiait l'observation à laquelle M. Robin avait fait allusion. Dans un premier-Paris fort ingénieux, le modeste rédacteur en chef de ce *savant* journal annonçait qu'à l'avenir l'opinion générale serait redressée, et qu'on ne pourrait plus nier, comme on l'avait fait jusqu'alors, la *densité du cristallin (sic)* !

J'aurais voulu reproduire en entier l'observation de M. Desmarres, ou plutôt l'observation attribuée à M. Desmarres, et rédigée certainement par quelque élève distrait, car on n'y reconnaît pas le style ordinairement si clair de cet auteur. Malheureusement cette observation très abrégée, et quelque peu confuse, ne s'accorde pas du tout, j'ose même dire est en contradiction avec les résultats obtenus par l'examen microscopique et consignés dans une note de M. Robin. Je laisserai donc de côté la partie clinique de l'observation, ou plutôt je la rédigerai à ma guise en lui donnant la seule interprétation qu'elle puisse recevoir et en prenant sur moi toute la responsabilité de cette interprétation.

OBSERVATION TROISIÈME.

Cataracte capsulaire secondaire. — Extraction.

Clémence Gaudron, de Châteauroux, aujourd'hui âgée de dix-huit ans, perdit la vue à l'âge de quatorze mois à la suite d'une double ophthalmie. Conduite à Paris, elle fut présentée à un chirurgien qui jugea sans ressource l'état de l'œil droit, mais qui crut devoir pratiquer une opération sur l'œil gauche. Cette

opération, selon toutes probabilités, fut l'extraction de la lentille cristalline.

Néanmoins l'enfant resta ou peut-être seulement redevint aveugle, et seize ans plus tard elle fut présentée à M. Desmarres, qui n'eut à s'occuper que de l'œil gauche.

La pupille était presque entièrement fermée par une membrane blanchâtre que M. Desmarres considéra comme une exsudation plastique déposée sur la capsule cristalline. Il restait toutefois à la partie interne de la pupille, et dans la minime étendue d'une tête d'épingle, un passage ouvert aux rayons lumineux. Quant au cristallin, ajoute le texte, il n'existe plus depuis l'opération pratiquée il y a seize ans.

A travers une ouverture faite à la cornée, M. Desmarres introduisit dans l'œil une serretête, saisit la *fausse membrane* (*sic*) et en fit l'extraction.

Le résultat de l'opération fut incomplet. La pupille resta bien nette, et la malade y vit assez pour se conduire, mais non pour travailler.

En résumé, d'après les détails cliniques, la malade aurait été atteinte d'une fausse cataracte constituée par une pseudo-membrane et due sans doute à l'iritis provoquée par l'extraction du cristallin.

L'anatomie pathologique, au contraire, montra, comme on va le voir, que la cataracte était constituée par la capsule cristalline devenue opaque. Il ne reste donc qu'une seule manière d'interpréter ce fait. Il faut admettre que la capsule, laissée en place il y a seize ans, lorsqu'on fit l'extraction de la lentille cristalline, est devenue à son tour opaque après l'opération. Il est probable, en d'autres termes, qu'il s'est produit chez cette malade une cataracte capsulaire secondaire telle qu'on l'entendait autrefois. Un pareil résultat, dont la possibilité, comme on sait, a été niée, eût été bien important à mettre en lumière, et il est malheureux que le rédacteur de l'observation ait cru devoir garder sur l'interprétation de ce fait le plus complet silence.

Du reste, sans aborder la question des cataractes secondaires, M. Desmarres reconnaît toute l'importance de son observation au point de vue plus général des cataractes capsulaires. « Je n'ai pas » cru jusqu'ici à l'opacité de la capsule, ajoute-t-il à la fin de son » observation ; mais si d'autres faits (et il paraît qu'il s'en est

» déjà présenté de semblables) viennent appuyer celui-ci, il
» faudra bien se rendre à l'évidence. » — Les autres faits sem-
blables auxquels M. Desmarres faisait allusion étaient précisément
les deux premières observations de ce mémoire dont je venais
d'entretenir la Société de biologie.

Voici maintenant la note de M. Robin sur la pièce patholo-
gique que M. Desmarres lui avait envoyée :

« La capsule du cristallin est blanche, de la teinte des carti-
» lages et opaque; la moitié postérieure est adhérente à l'autre,
» mais s'en détache assez facilement, et alors on remarque que
» la moitié antérieure seule est opaque. La moitié postérieure, à
» peu de chose près, a sa transparence habituelle, et l'on remarque
» qu'elle a conservé son épaisseur normale. *Il existe à la face*
» *postérieure de la moitié antérieure de la capsule une couche*
» *unique de cellules épithéliales pavimenteuses*, fort régulières,
» pourvues de très fines granulations moléculaires...

» Quant à la substance même de la capsule, ce n'est plus,
» comme à l'état normal, une matière friable se brisant à bords
» nets, à angles bien limités comme ceux d'une lame de verre
» cassé et entièrement transparente sans traces de granulations
» moléculaires. La substance de la capsule est devenue dure,
» criant sous les aiguilles qu'on y enfonce, friable encore par l'ac-
» tion de dilacérer, mais bien moins qu'à l'ordinaire. Les bords ne
» sont plus nets, mais comme divisés en lamelles ou fibrilles plates
» plus ou moins longues, striées en long et d'autant plus minces
» qu'on est plus près de leur extrémité libre. Celle-ci souvent se
» termine en pointe, tandis que l'autre bout se continue avec le
» fragment de capsule examiné. La largeur de ces lamelles fibril-
» laires varie de 1 à plusieurs centièmes de millimètre.

» Un fait plus important à noter, c'est la présence de granu-
» lations moléculaires jaunâtres à centre brillant, à contours nets
» et foncés. Elles varient de diamètre entre 0,0005 et 0,002. Ça
» et là elles sont réunies en petits amas; mais cette disposition est
» rare, car généralement elles sont écartées les unes des autres
» de quelques millièmes de millimètre. Elles ne se dissolvent
» dans aucun des acides nitrique, sulfurique, chlorhydrique et
» acétique; mais, après l'action un peu prolongée de l'acide sul-
» furique, l'éther enlève une partie des granulations; la potasse
» caustique employée directement en fait autant.

• Ces faits portent à admettre que les granulations sont de nature graisseuse, comme une partie de celles qui déterminent le leucoma de la cornée. Une coupe très mince de toute l'épaisseur de la capsule, examinée au microscope, montre que *ces granulations sont bien dans l'épaisseur de la capsule*, au lieu d'être seulement adhérentes à l'une de ses surfaces. »

La note précédente montre que, dans le cas de M. Desmarres, les dépôts opaques contenus dans l'épaisseur de la capsule étaient constitués, en partie du moins, par des granulations graisseuses. En était-il de même dans les deux cas que j'ai observés ? Cela est possible, surtout si l'on veut bien se rappeler que les acides forts étaient restés sans action. J'ajoute que la capsule de mon opérée a perdu par suite d'un séjour prolongé dans l'alcool une partie de son opacité et de sa roideur. Je dois dire, toutefois, que je n'ai vu, ni sur ma pièce ni sur celle de M. Sichel, ces granulations à centre brillant et à contours ombrés qui, dans le cas de M. Robin, étaient manifestement constitués par de la matière grasse. Je n'ai aperçu que des granulations opaques et tellement punctiformes que leur centre se confondait avec leurs bords.

Le fait capital qui ressort de l'observation de M. Desmarres, c'est que la capsule cristalline, transparente selon toutes probabilités au moment de la première opération, a pu devenir opaque ensuite, et que cette maladie de la capsule paraît avoir été provoquée par le traumatisme auquel elle a été nécessairement soumise alors. Il est certain que ce fait, si l'on en admet la réalité, est tout à fait exceptionnel ; que rien de semblable ne se passe dans l'immense majorité des cas d'extraction, quoiqu'on laisse le plus souvent la capsule en place ; qu'enfin les expériences faites sur les animaux n'ont jamais réussi à provoquer l'opacité de la capsule. Mais plus la chose est rare, plus il est nécessaire de l'enregistrer.

Le hasard, qui se plaît quelquefois à rassembler les exceptions, fit tomber précisément le même jour, entre les mains du même M. Robin, une autre pièce que lui avait envoyée le même M. Desmarres, pièce sur laquelle existait une lésion de la capsule, d'origine probablement traumatique encore. Je reproduis ce nouveau fait en regrettant toujours le laconisme de l'observation.

OBSERVATION QUATRIÈME.

Opacité commençante de la capsule, consécutive à une contusion de l'œil.

« Le même jour, dit M. Desmarres, j'ai opéré de staphylôme
» une femme de vingt-six ans, madame G..., rue du Ponceau.
» Cette maladie s'était développée à la suite d'un coup sur l'œil,
» dont la cornée s'était rompue. La pièce a été remise également
» à M. Robin (1). »

M. Robin décrit ainsi cette pièce : « L'ablation a porté sur
» toute la cornée, sur l'iris et sur les bords de la sclérotique. Les
» milieux de l'œil sont fluides, noirs, ce qui est causé par des
» globules de sang épanché. Le cristallin est sorti de sa capsule
» depuis longtemps ; il est jaunâtre, et ses fibres offrent l'altéra-
» tion ordinaire. *La capsule est encore transparente, mais sa*
» *moitié antérieure l'est bien moins qu'à l'ordinaire.* Elle offre
» encore son épaisseur et sa friabilité normales ; mais dans son
» épaisseur, surtout près de sa face libre, on trouve de fines gra-
» nulations jaunâtres, de volume plus uniforme que dans le cas
» précédent, bien que leur couleur soit la même. Elles donnent
» à la capsule un aspect très élégant sous le microscope. »

J'ignore sur quoi M. Robin s'est appuyé pour admettre que le cristallin avait depuis longtemps abandonné la capsule. Si l'appréciation faite par mon habile collègue est exacte, il y a lieu de croire que la rupture de la capsule et l'expulsion du cristallin ont été produites, à une époque non précisée, par la contusion du globe oculaire. L'opacité de la capsule semble donc, dans ce cas encore, avoir reconnu une cause traumatique. Cette opacité, du reste, était fort légère, et l'observateur a pu ainsi étudier dans son état le plus simple le dépôt interstitiel des granulations opaques. Il ne paraît pas, du reste, que le tissu de la capsule fût autrement altéré.

Les quatre observations qui servent de base à ce mémoire, recueillies dans des circonstances très diverses et à des époques assez rapprochées, permettent de rendre aux cataractes capsulaires une place qu'elles étaient sur le point de perdre dans l

(1) *Gaz. des hôpit.*, 18 octobre 1853.

cadre des maladies des yeux. Gardons-nous de conclure, cependant, à la fréquence de cette variété de cataracte. Je persiste, au contraire, à croire que ces faits, accumulés par le hasard dans un temps fort court, sont très exceptionnels. Les nombreuses dissections de M. Malgaigne, la longue expérience de M. Desmarres, ne permettent pas d'en douter.

Ce n'est pas avec quatre faits qu'on peut tracer l'histoire d'une maladie; je laisserai donc tout à fait de côté les questions de symptomatologie, et je me bornerai à quelques considérations d'anatomie pathologique.

La nature des lésions constatées à l'œil nu et au microscope au niveau des parties transparentes, aussi bien qu'au niveau des parties opaques, ne laisse aucun doute sur l'existence d'une maladie de la capsule cristalline.

Deux fois traumatique, et deux fois spontanée, l'opacité de la capsule a toujours porté principalement, sinon exclusivement, sur la cristalloïde antérieure. Dans l'observation I^{re}, la cristalloïde postérieure commençait à devenir opaque au niveau de son union avec l'antérieure; dans les trois autres cas, elle avait conservé toute sa transparence.

La forme et les limites précises de l'opacité ne sont pas indiquées dans l'observation IV^e. Ces détails ne manquent pas dans les autres observations. On y voit que l'opacité principale s'est montrée sous la forme d'un disque assez régulièrement circulaire, dont les limites étaient bien nettes. Les dimensions de ce disque ont varié : deux fois c'étaient exactement les dimensions de la cristalloïde antérieure; mais, dans le cas de M. Sichel (obs. II), le disque opaque n'occupait qu'une partie de l'étendue de cette membrane.

L'opacité était uniforme dans l'observation III^e. Dans les observations I^{re} et II^e, au contraire, elle était beaucoup plus considérable sur les bords du cercle opaque qu'à son centre. Dans un cas (obs. I^{re}), la zone périphérique, c'est-à-dire la partie la plus opaque, occupait précisément la partie de la cristalloïde antérieure qui est habituellement cachée par l'iris.

Au delà du cercle opaque, la cristalloïde, dans l'observation III^e, recouvrait brusquement toute sa transparence. Il n'en était pas de même dans les observations I^{re} et II^e : jusqu'à une certaine distance au delà de l'opacité principale, on trouvait dans l'épais-

seur de la capsule un dépôt de même nature que le premier, mais beaucoup moins abondant que lui. On est porté à croire, après avoir analysé ces deux faits, que l'état morbide qui a ôté à la capsule sa transparence a débuté sur la cristalloïde antérieure au niveau du disque opaque, et que de là il s'est propagé, par une sorte d'irradiation, et en s'atténuant peu à peu, aux parties adjacentes de la capsule.

Au niveau des points opaques, l'épaisseur de la capsule était notablement accrue. Il n'y a eu, sous ce rapport, qu'une seule exception (obs. IV^e). Sur les limites du cercle opaque, l'épaisseur, dans deux cas (obs. I^e et II^e), était plus considérable que partout ailleurs. Une fois l'épaississement était limité d'une manière si brusque que, examiné à travers la pupille, il avait donné l'idée d'une végétation (obs. II^e).

Dans tous les cas, l'opacité était due à des granulations très fines, insolubles dans les acides les plus forts, lesquelles, malgré leur apparence crétacée et inorganique, étaient *probablement* de nature grasseuse. Ces granulations étaient déposées dans l'épaisseur même de la membrane cristalline, et non sur l'une ou l'autre de ses faces. Dans un cas, toutefois (obs. I^e), elles faisaient saillie en quelques points à la face postérieure de cette membrane, comme l'aurait fait un dépôt formé par simple juxtaposition. Mais, dans les autres points, il n'en était plus de même, et l'existence d'une maladie particulière de la capsule devenait évidente.

Enfin, et c'est peut-être un des faits les plus importants qui résultent du rapprochement des quatre observations précédentes, la capsule n'a jamais été trouvée opaque sans que le cristallin fût opaque aussi. Une fois, il est vrai, le cristallin avait été extrait par une première opération; mais il fallait, pour cela, qu'il fût devenu préalablement opaque (obs. III^e). Une autre fois, la même cause traumatique, en atteignant à la fois le cristallin et sa capsule, en avait produit la double opacité (obs. IV^e). Mais ces deux faits, compliqués de circonstances toutes spéciales, ne peuvent nous servir pour éclairer la marche des cataractes capsulaires. Les observations I^e et II^e, au contraire, sont très instructives sous ce rapport. Dans ces deux cas, une cataracte lenticulaire s'était développée en même temps que la cristalloïde antérieure devenait opaque, et il y avait, en outre, dans l'observation II^e,

une quantité notable de liquide opaque entre la lentille et la capsule, c'est-à-dire que la cataracte était à la fois lenticulaire, morgagnienne et capsulaire. En sera-t-il de même dans les observations ultérieures, et la cataracte capsulaire spontanée est-elle appelée à coïncider toujours avec une maladie du cristallin proprement dit? Je n'oserais l'affirmer, et pourtant il est permis de croire que les circonstances propres à troubler la nutrition de la capsule sont de nature à troubler, à plus forte raison, la nutrition de son contenu.

Jusqu'ici je n'ai parlé que des dépôts opaques. Cette lésion en effet est la plus apparente et la plus importante. Mais ce n'est pas la seule qui ait été constatée. Exception faite de l'observation IV^e, recueillie, comme on l'a vu, dans des circonstances toutes spéciales, il y avait, dans tous les cas, une profonde altération du tissu même de la capsule. Cette altération, toujours la même, était limitée, dans l'observation III^e, aux parties opaques. Mais dans les observations I^e et II^e elle avait gagné les parties transparentes de la cristalloïde, c'est-à-dire que cette membrane était malade, même dans les points où elle paraissait saine.

Dans l'observation I^e, la cristalloïde postérieure était au moins deux fois plus épaisse qu'à l'état normal, et, quoique son épaisseur n'ait pas été mesurée dans les autres cas, cet exemple suffit pour prouver l'existence d'un trouble de nutrition. En même temps, le tissu de la membrane avait perdu cette grande élasticité qui lui permet de se rouler sur lui-même lorsqu'on le déchire, et cette grande fragilité qui lui permet de se laisser diviser suivant des lignes à contours réguliers. Ces caractères, dans l'observation I^e, étaient tellement prononcés, qu'ils décelaient, même avant l'examen microscopique, l'existence d'une lésion de la capsule.

Enfin, le microscope, dans les observations I^e, II^e et III^e, a montré que la cristalloïde était le siège d'une altération que je propose de désigner sous le nom de *fissuration*. Cette altération est caractérisée par un changement de consistance qui permet à la cristalloïde de se laisser déchirer en bandelettes ou en lanières inégales, propriété tout à fait insolite et manifestement développée par un état morbide. On trouve dans l'observation II^e cette fissuration à l'état de simplicité, puisqu'elle existait en certains points où le tissu de la capsule n'était pas autrement altéré, où il

était libre de granulations opaques, et où il avait conservé sa parfaite transparence.

On ne saurait méconnaître, dans cette disposition, le résultat d'un travail morbide, et d'ailleurs il y a, dans les faits connus jusqu'ici, une lésion propre à jeter quelque jour sur ce phénomène. J'ai eu l'occasion de vous présenter plus d'une fois des pièces et des dessins relatifs à une affection de cartilages très analogue à celle-ci. Les cartilages articulaires, par suite d'une modification particulière de leur gangue ou substance fondamentale, perdent fréquemment leur continuité et se laissent diviser, de la surface vers la profondeur, en lanières irrégulières semblables à celles dont ont lu plus haut la description. Au degré le plus avancé de la maladie, la couche diarthroïdale n'est plus constituée que par d'étroites bandelettes implantées sur la surface de l'os comme les filaments d'un velours d'Utrecht. J'ai décrit, dans nos *Bulletins*, sous le nom d'*altération velvétique* des cartilages, cette maladie déjà indiquée, du reste, depuis longtemps. Mais elle ne mérite ce nom que lorsqu'elle est arrivée à une période extrême, et avant cette époque, avant que la séparation des lanières se soit spontanément effectuée, il y a dans la trame du cartilage une modification de structure qui permet d'obtenir cette séparation par une dilacération faite sous le microscope par des pointes d'aiguilles. J'ai décrit, sous le nom de *fissuration* des cartilages, ce premier degré qui précède l'altération velvétique. Or, je ne saurais mieux comparer l'état de la cristalloïde malade qu'à cet état des cartilages diarthroïdaux. Voilà pourquoi je le désigne sous le nom de fissuration de la capsule cristalline.

§ II.

Quelques réflexions sur les affections connues sous les noms vicieux de *Capsulite* et de *Kératite*.

Cela posé, quelle est la nature du travail morbide qui détermine l'épaississement, l'opacité et la fissuration de la capsule cristalline ?

Est-ce une inflammation de cette membrane, une *capsulite* ? On l'a dit. Ce mot a trouvé place dans d'excellents traités d'ophtalmologie. Plusieurs auteurs, à la vérité, n'ont pas rapporté à la capsulite toutes les cataractes capsulaires. Suivant eux, celles

qui surviendraient chez certains malades atteints d'iritis chronique seraient seules dignes de ce nom. S'il est vrai qu'en pareil cas la capsule devienne quelquefois opaque, il est naturel d'invoquer l'inflammation comme cause de cette lésion, puisque très près de là, sur l'iris adjacent, on trouve des lésions d'origine évidemment inflammatoire. Cela est naturel encore lorsque l'opacité capsulaire a succédé à des actions traumatiques comme cela paraît avoir eu lieu dans les observations III^e et IV^e. Mais l'explication la plus naturelle n'est pas toujours la plus exacte.

Je me demande d'abord de quel droit on attribue à l'inflammation tout ce qui survient dans une région enflammée. Il suffit qu'un travail morbide soit, à un degré quelconque, accompagné ou compliqué de quelques phénomènes inflammatoires, pour qu'aussitôt, méconnaissant tout le reste, on considère la maladie comme une inflammation. A force de voir souvent des parties enflammées, on a fini par croire qu'on savait ce que c'est que l'inflammation, et c'est avec une satisfaction évidente qu'on se sert de cet élément pour grouper, décrire, et même pour diriger le traitement d'un grand nombre d'affections où il ne joue pourtant qu'un rôle secondaire.

Dire toutes les erreurs que cette tendance a enfantées, ce serait presque tracer l'histoire de ce brillant système auquel Broussais a attaché son nom, et dont l'influence, sans qu'il y paraisse, s'est prolongée jusqu'à nos jours. Parce qu'on a abandonné le culte de la gastrite, parce qu'on a cessé de considérer le tubercule et le cancer comme des produits inflammatoires, on croit avoir secoué le joug de ce système. Mais lorsqu'un ordre de choses a duré vingt ans, lorsqu'il a pris racine dans les idées et dans le langage, on ne s'en débarrasse pas ainsi d'un seul coup. Pendant la lutte qui en prépare la chute, les adversaires concentrent leur attaque sur quelques points plus importants et mieux défendus que les autres, sur ce que j'appellerais volontiers les places fortes de la doctrine. Lorsque ces places sont démantelées, lorsque la résistance disparaît, le parti victorieux croit avoir terminé son œuvre; il se repose dans son triomphe sans s'apercevoir que le parti opposé règne encore sur une foule de points d'une importance secondaire.

C'est ainsi que les adversaires de l'école physiologique, subissant à leur insu l'influence de leur époque, ont laissé sans con-

testation dans la classe des maladies inflammatoires un grand nombre d'affections qu'ils en eussent certainement retirées s'ils y eussent quelque peu réfléchi. Et, par exemple, n'est-ce pas une chose étrange d'entendre désigner comme des inflammations certaines maladies qui se développent dans des tissus non-vasculaires ?

L'inflammation, quelle que soit du reste l'idée qu'on se fasse de sa nature intime, est un état morbide qui débute par l'élément vasculaire des différents tissus. Cette proposition, je pense, trouvera peu de contradicteurs, et à l'époque où Broussais éleva son système, elle était généralement acceptée. Or, ce système ayant précisément pour but de ramener à l'inflammation toutes les lésions locales, que fallait-il penser des lésions qui surviennent dans les tissus privés de vaisseaux ? Fallait-il renoncer à placer dans l'appareil vasculaire le siège primitif de l'inflammation ? Quelques modernes l'ont tenté, mais l'école de Broussais ne pouvait le faire ; elle ne le fit pas et elle eut raison. Fallait-il renoncer à dire que toutes les lésions locales étaient d'origine inflammatoire ? Cela eût été fort sage assurément, mais un pareil aveu eût été le coup de mort du système. Dès lors il ne restait que deux ressources : nier l'existence et la possibilité des maladies dans les tissus non-vasculaires, ou accorder *à priori* des vaisseaux à certains tissus dans lesquels pourtant l'anatomie n'en démontrait pas la présence.

Ces deux ressources furent mises à profit ; chacune d'elles reçut son application dans certains cas particuliers. Chose remarquable, ce ne furent pas toujours les partisans de la doctrine physiologique qui se chargèrent de lui fournir ce renfort nécessaire ; tant il est vrai que les hommes subissent à leur insu l'influence des idées dominantes de leur époque, même lorsque ces idées leur paraissent erronées, même lorsqu'ils s'efforcent de leur résister !

L'absence totale de vaisseaux dans les cartilages articulaires à l'état normal est l'un des points les mieux établis de l'anatomie de structure, et il est même très douteux que ces organes puissent, à l'état pathologique, devenir le siège d'une vascularisation véritable. Dans un semblable tissu, l'état inflammatoire est évidemment impossible. A l'époque où l'inflammation régnait sans partage sur toute la pathologie, on fut donc conduit à nier la

possibilité d'un état morbide quelconque dans les cartilages diarthroïdiaux. On n'ignorait pas, à la vérité, que ces organes peuvent être le siège d'altérations profondes, variées et fréquentes ; mais on crut pouvoir considérer ces altérations comme purement mécaniques, et l'on s'efforça d'en expliquer la production par les pressions et les frottements auxquels les surfaces articulaires sont exposées. J'ose croire qu'il n'est pas nécessaire de réfuter ici cette explication ingénieuse. La Société anatomique a vu depuis quelques années, sur un grand nombre de pièces, que les cartilages articulaires soumis à des pressions exagérées s'épaississent, et qu'ils s'amincissent, au contraire, dans les points où les pressions, par une cause quelconque, cessent de s'effectuer. Beaucoup d'autres lésions peuvent s'y manifester encore ; il n'entre pas dans mon plan de les énumérer ici : M. Leudet, du reste, en a résumé l'histoire dans son compte rendu des travaux de la Société pour l'année 1851. La seule chose peut être dont on puisse s'étonner aujourd'hui, c'est la facilité avec laquelle nos maîtres se contentèrent d'une théorie mécanique pour expliquer ces nombreuses altérations des cartilages. L'étonnement diminue, toutefois, si l'on fait la part du courant d'idées dans lequel les pathologistes furent entraînés alors ; si l'on tient compte de l'erreur des chirurgiens anglais, qui faisaient jouer un si grand rôle à l'inflammation des cartilages, erreur contre laquelle il était nécessaire de réagir, et si l'on réfléchit enfin à la situation profonde des cartilages, à l'impossibilité de les explorer directement pendant la vie, à la marche lente et silencieuse de leurs maladies, et surtout à l'existence réelle des actions mécaniques invoquées pour expliquer leurs altérations.

Mais ce qui était à la rigueur acceptable pour les cartilages ne l'était plus pour d'autres organes privés comme eux de tout élément vasculaire ; et, par exemple, il n'était pas possible de nier les maladies des membranes transparentes de l'œil : par sa position superficielle, par la facilité avec laquelle on peut l'examiner, par la rapidité avec laquelle elle peut subir, sous des influences purement dynamiques, de profondes altérations, la cornée réclamait impérieusement sa place parmi les organes susceptibles de devenir malades.

Or la plupart des affections de la cornée sont précédées ou accompagnées d'un état inflammatoire évident de la conjonctive ou

des autres membranes de l'œil. Quoi de plus simple, dès lors, que de les rattacher, elles aussi, à un état morbide analogue ? L'inflammation de la cornée fut donc généralement admise, et le mot *kératite* fut créé. Cette théorie, du reste, rendait assez bien compte de la plupart des lésions de la kératite. Il n'y avait qu'une difficulté sérieuse. L'inflammation n'est pas possible sans vaisseaux, et l'on ne trouvait pas de vaisseaux dans la cornée normale. Mais une hypothèse ne coûte guère lorsqu'il s'agit de défendre un système. L'observation faisant défaut, on invoqua le raisonnement, et la vascularité de la cornée fut acceptée par suite de cette pétition de principes : la cornée peut s'enflammer, donc elle est vasculaire. A ceux qui objectaient que les injections les plus fines ne pénétraient pas à l'état normal dans l'épaisseur de la cornée, on répondit que les vaisseaux de cette membrane, hors l'état de maladie, étaient effectivement trop fins pour pouvoir être injectés, que les globules de sang eux-mêmes étaient trop gros pour les traverser ; mais que l'état morbide, dilatant ces canaux invisibles, finissait par en rendre l'existence évidente : nouveau sophisme consistant à conclure de l'état pathologique à l'état physiologique, et à considérer comme normale une disposition qu'on ne voit jamais à l'état normal. Et ainsi reparurent ces prétendus vaisseaux séreux admis autrefois par Boerhaave pour expliquer les mystères de l'inflammation.

On objectera peut-être à ce qui précède que l'inflammation de la cornée avait trouvé place dans les traités de pathologie dix ans avant l'époque où Broussais créa son école ; mais on se tromperait fort si l'on croyait que Broussais eût été le premier auteur de la doctrine physiologique. Il n'est donné à aucun homme de changer ainsi brusquement le courant des idées de son siècle. Les chefs d'école, dont l'histoire a inscrit les noms en tête des systèmes qui ont tour à tour dominé dans la science, ont presque toujours été des généralisateurs bien plus que des créateurs. Ils ont pris autour d'eux, dans le milieu où ils vivaient, des idées vaguement répandues dans beaucoup d'esprits. Ils les ont coordonnées, développées, généralisées, et en ont fait un corps de doctrine en harmonie avec les opinions individuelles du plus grand nombre. C'est ce qui explique le succès des systèmes. — Ainsi fit Broussais, et voilà pourquoi beaucoup de points de vue, considérés à juste titre comme faisant partie intégrante de la doc-

trine physiologique, ont pris naissance cependant avant l'époque où cette doctrine fut constituée.

Dans les luttes qui amenèrent la chute de l'école physiologique, on ne s'occupa que des grandes questions générales qui dominent pour ainsi dire toute la pathologie, et l'on s'inquiéta fort peu de savoir si les opacités, les érosions et les autres altérations de la cornée étaient réellement de nature inflammatoire. On continua donc, par pure habitude, je pense, et faute d'y avoir suffisamment réfléchi, à admettre l'existence des kératites aiguës ou chroniques, et à les combattre par des moyens antiphlogistiques. Telle fut même la confiance qu'on eut dans cette appréciation, qu'on se laissa aller à diviser les prétendues kératites en deux groupes : les kératites *vasculaires* et les kératites *non-vasculaires*. Étrange aveu qui aurait dû suffire à lui seul pour faire rejeter toute la théorie, car cela revenait à décrire des inflammations sans vaisseaux. Je sais bien que depuis quelques années M. Küss, de Strasbourg, et après lui plusieurs auteurs allemands, changeant tout à fait le sens du mot *inflammation*, ont admis des inflammations sans vaisseaux. J'applaudis, pour ma part, aux belles remarques du professeur de Strasbourg sur le rôle des vaisseaux dans la nutrition, et je suis heureux de reconnaître que la lecture de son ingénieux opuscule (1) a été le point de départ de mes recherches sur la pathologie des tissus non-vasculaires. Mais je ne saurais admettre sa manière de voir sur le siège primitif de l'inflammation ; suivant lui, dans les tissus même les plus vasculaires, l'inflammation débiterait en dehors et sans la participation des vaisseaux, et les troubles circulatoires ne s'y produiraient que consécutivement et accidentellement. D'après cette théorie, l'état inflammatoire pourrait se manifester dans les parties privées de vaisseaux, et c'est même là, suivant M. Küss, qu'il se présenterait à l'état type et sous sa forme la plus simple. Ne voit-on pas qu'en procédant ainsi, cet auteur a tout simplement donné au mot *inflammation* une signification nouvelle, et qu'il l'a rendu à peu près synonyme des mots *trouble local de nutrition* ?

Or le mot *inflammation* a aujourd'hui un sens bien déterminé qu'il me semble très utile de lui conserver. Il désigne un état

(1) Küss, *De la vascularité de l'inflammation*. Strasbourg, 1846, in-8 de 56 pages.

morbide complexe que constituent plusieurs éléments agencés dans un certain ordre. Ces éléments, tels que la congestion, les sécrétions anormales, les altérations de texture, peuvent, pour la plupart, dans certains cas particuliers, exister les uns sans les autres, et c'est ce qui a conduit M. Andral et son école à les décrire isolément, à méconnaître l'enchaînement qui existe presque toujours entre eux, et à rejeter cette *entité collective* à laquelle on a de tout temps donné le nom d'*inflammation*.

Malgré le talent avec lequel cette dernière doctrine a été défendue, elle n'a rencontré qu'un petit nombre de partisans, et presque tous les auteurs ont continué à décrire d'une manière générale et abstraite d'abord, puis d'une manière spéciale dans chaque organe, dans chaque tissu, un état morbide auquel ils ont conservé le nom d'inflammation. C'est qu'en effet il est fréquent, très fréquent d'observer, et il est facile, très facile de provoquer sur l'homme et les animaux une série de phénomènes morbides qui commence par des troubles locaux de la circulation capillaire, qui continue par la sécrétion d'une lymphe coagulable ou plastique, qui aboutit à la formation du pus, et qui peut, à chacune de ces diverses périodes, avancer en passant à la période suivante, ou rester stationnaire, ou rétrograder par résolution. La succession régulière de ces phénomènes s'effectue si souvent sous nos yeux, qu'il est indispensable, pour la clarté des descriptions, et surtout pour la simplification des indications thérapeutiques, de donner un nom à cet ensemble, à cette entité pathologique; ce nom, l'usage l'a déjà dès longtemps consacré, et toutes les fois qu'on voit se succéder dans une partie la congestion, puis la sécrétion plastique suivie ou non de suppuration, on dit que cette partie est *enflammée*.

C'est ainsi que la très grande majorité des auteurs, et la presque unanimité des praticiens, envisagent l'inflammation. Il est bien évident dès lors qu'un état morbide dont le début s'effectue toujours par les vaisseaux capillaires n'est pas possible dans les tissus qui n'ont pas de vaisseaux.

Lorsqu'il y a deux ans, à pareille époque, dans un cours que je fis à l'École pratique sur les *maladies des yeux*, je voulus faire à l'étude des affections de la cornée l'application des principes généraux dont on vient de lire le résumé, je ne tardai pas à reconnaître qu'on avait mal apprécié la nature de ces affections.

Déjà familiarisé, par mes recherches sur la pathologie des cartilages, avec les phénomènes morbides dont les tissus privés de vaisseaux peuvent devenir le siège, je fus conduit à considérer les maladies de la cornée et de la capsule cristalline comme des troubles nutritifs entièrement différents, quant à leur nature, de ceux que l'inflammation détermine dans les tissus vasculaires. En un mot, je niai résolument l'existence et même la possibilité de la kératite et de la capsulite.

Cette négation excita beaucoup de surprise. Le doute qui planait alors sur l'existence des maladies de la capsule fit qu'on m'abandonna volontiers la capsulite; mais il n'en fut pas de même de la kératite, et les objections ne me manquèrent pas. Ces objections, je me les étais déjà faites à moi-même, et je croyais les avoir résolues. Néanmoins, le peu d'empressement avec lequel mes opinions furent accueillies et le grand nombre d'incrédules qu'elles rencontrèrent me firent un devoir de soumettre au contrôle de l'observation et de l'expérimentation les données que j'avais d'abord établies *à priori*. J'entrepris donc sur des chiens et des lapins des expériences très variées; je soumis la cornée à toutes sortes d'actions traumatiques; je constatai pendant la vie des animaux l'état de cette membrane, je pratiquai après leur mort les injections les plus pénétrantes dans les vaisseaux de la tête, puis je soumis les pièces à l'étude microscopique. Me défiant des résultats obtenus dans ces expériences, je me demandai si les affections spontanées de la cornée ne différaient pas de celles que je provoquais sur l'œil des animaux par des actions mécaniques. Je repris donc sur l'homme l'étude clinique de la kératite. Je recueillis des observations dans les hôpitaux et dans les dispensaires. Qu'il me soit permis de remercier ici M. Desmarres pour la complaisance avec laquelle il a bien voulu mettre à ma disposition les nombreux malades de sa consultation publique. Ces observations et ces recherches nouvelles ne firent que me confirmer de plus en plus dans mon opinion sur la kératite, et je crois être en mesure aujourd'hui de résoudre expérimentalement, comme je les avais d'abord résolues théoriquement, toutes les objections qui m'ont été adressées.

Je commence par exposer dans toute leur force les arguments qui ont paru suffisants jusqu'ici pour faire admettre la doctrine de la kératite.

1° La cornée, considérée à l'état normal, semble ne pas renfermer de vaisseaux ; mais elle possède cependant des vaisseaux séreux qui deviennent sanguins sous l'influence de l'inflammation. La vascularisation de la cornée n'est autre chose que la dilatation de ces vaisseaux normaux, lesquels, d'invisibles qu'ils étaient, deviennent alors visibles.

2° Les lésions attribuées à la kératite se produisent en général dans des maladies évidemment inflammatoires dont on constate les lésions sur les membranes voisines, la conjonctive, la sclérotique, l'iris, etc. N'est-il pas tout simple d'admettre que toutes ces lésions soient de même nature, c'est-à-dire de nature inflammatoire ?

3° L'analyse des phénomènes qui se montrent sur la cornée malade vient déposer dans le même sens. Le pus qui se forme quelquefois entre les lames de cette membrane n'est-il pas la preuve de l'inflammation ? Les taies de diverse nature ne sont-elles pas dues à des épanchements de lymphé plastique ? Les ulcères ne sont-ils pas ici, comme dans les autres parties molles, la conséquence d'un travail particulier, travail dit d'ulcération, auquel l'inflammation prend une part incontestable ? Enfin, la cicatrisation des plaies de la cornée, leur réunion par première intention, n'est-elle pas l'effet ici, comme partout ailleurs, d'une inflammation particulière, l'inflammation adhésive ?

On voit que la doctrine de la kératite repose sur des faits nombreux ; ces faits pour la plupart sont même fort bien observés, mais il s'agit de savoir s'ils sont bien interprétés. Pour ma part je pense que non.

Et d'abord est-il vrai que la cornée soit vasculaire ? à défaut de vaisseaux sanguins, posséderait-elle au moins des vaisseaux séreux ? L'étude microscopique des membranes transparentes de certains animaux montre qu'il y a des vaisseaux capillaires dont le calibre dépasse à peine le diamètre des globules sanguins, et dans lesquels ces globules ne cheminent qu'un à un, séparés parfois les uns des autres par d'assez longs intervalles où le sérum existe seul. Quelquefois même on voit entre deux capillaires voisins un vaisseau anastomotique dans lequel il n'y a pas un seul globule. Mais cette dernière disposition est exceptionnelle ; elle ne s'observe pas sur un ordre particulier de vaisseaux, mais bien sur des vaisseaux entièrement semblables aux autres : tel capillaire

qui, à un moment donné, ne renferme que du sérum, admettra peu à peu des corpuscules solides, tandis qu'un autre capillaire, perméable d'abord à tous les éléments du sang, cessera pendant quelques instants de recevoir des globules. En d'autres termes, les mêmes capillaires peuvent, sous les yeux de l'observateur, et sans cause appréciable, devenir tantôt séreux, tantôt sanguins. Maintenant qu'on fasse intervenir l'irritation la plus légère, et en un clin d'œil on verra les globules se précipiter à la fois dans tous les capillaires, en se succédant sans interruption et même en paraissant se pousser les uns les autres. C'est à cette cause que sont dues les rougeurs presque instantanées qu'il est si aisé de produire sur la conjonctive, en introduisant un corps étranger dans les paupières. Ce que l'irritation la plus légère détermine sur le vivant, les injections le produisent sur le cadavre, et rien n'est facile, par exemple, comme de colorer entièrement, et sans aucune rupture, la conjonctive, en poussant dans les artères une injection pénétrante.

Peut-on s'étayer sur l'observation précédente pour admettre des vaisseaux *séreux* dans la cornée? Le rapprochement, il faut l'avouer, serait tant soit peu forcé. Autre chose est un vaisseau sanguin, susceptible de paraître séreux pendant quelques minutes; autre chose serait un vaisseau destiné par la nature à ne jamais renfermer à l'état normal que du sérum. Entre ces deux vaisseaux, il n'y aurait aucune analogie, et de l'existence du premier on aurait grand tort de conclure à l'existence du second. D'ailleurs il y a en anatomie une règle impérissable : cette règle consiste à n'admettre que ce qu'on voit. Or, les vaisseaux séreux ou prétendus tels des membranes à vaisseaux sanguins s'aperçoivent très bien sous le microscope, pendant la vie et quelques instants après la mort; ils se reconnaissent aux deux lignes parallèles qui marquent leurs bords comme à la réfringence de leur contenu. Les vaisseaux de la cornée, à défaut de globules, devraient donc, sous le microscope, se manifester par de semblables caractères. Il n'en est rien, et plusieurs fois j'en ai vainement cherché la trace sur la cornée d'animaux tués seulement depuis quelques minutes. Ceci constitue déjà, comme on voit, une forte présomption contre l'existence des prétendus vaisseaux séreux de la cornée.

D'ailleurs il est un moyen bien simple de démontrer les vais-

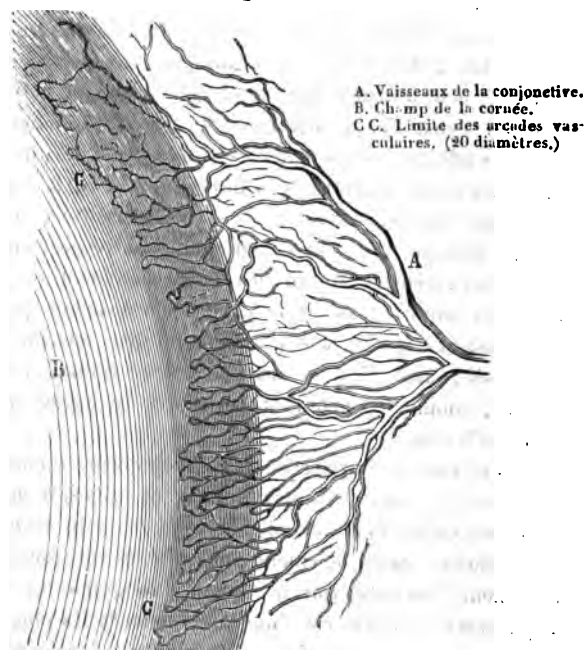
seaux partout où ils existent et quelle que soit leur ténuité. L'art des injections, si plein de mystères au XVII^e et au XVIII^e siècle, est devenu tellement vulgaire aujourd'hui, que l'anatomiste le moins exercé peut avoir la certitude de faire pénétrer les liquides colorés dans les canaux vasculaires les plus déliés de l'organisme, même dans ceux qui sont censés trop étroits pour recevoir les globules sanguins. Par exemple, l'eau colorée avec des matières solubles, végétales ou animales, est un liquide infiniment plus subtil que le sang, et tous les anatomistes savent bien qu'elle a la propriété, non seulement de pénétrer dans tous les vaisseaux, mais encore de filtrer, par imbibition, en dehors de leurs parois, de manière à donner aux tissus une coloration uniforme. Une pareille injection est plus nuisible qu'utile lorsqu'il s'agit d'étudier la distribution des vaisseaux, mais elle est excellente pour discerner les tissus vasculaires de ceux qui ne le sont pas. Toutes les fois, en effet, qu'un organe échappe à la coloration générale ainsi communiquée aux parties environnantes, on peut affirmer hardiment que cet organe ne renferme pas de vaisseaux. J'ai plusieurs fois, sur des fœtus humains et sur des chiens adultes, poussé dans les artères de la tête une décoction de cochenille concentrée et filtrée, et j'ai vu la cornée au bout d'une demi-heure conserver sa transparence et sa couleur normale, quoique l'humeur aqueuse fût déjà colorée en rouge. Je cite ces expériences qui me paraissent concluantes ; j'ajoute, pour éviter toute erreur, que la cornée elle-même peut finir aussi, plusieurs heures après l'injection, par devenir légèrement rosée ; mais c'est là un phénomène d'imbibition pure et simple, comme la coloration jaune des cartilages dans certains cas d'ictère.

Il y a du reste un autre procédé, plus démonstratif encore que le précédent. Il consiste à injecter dans les vaisseaux de la tête de l'essence de térébenthine colorée avec des substances minérales insolubles, mais tellement fines que les corpuscules colorants soient plus petits que les globules sanguins. Le bleu de Prusse, broyé à l'huile, est l'une des couleurs les plus ténues, et par conséquent les plus favorables pour cela ; les corpuscules légèrement allongés qui le constituent ne dépassent guère dans leur plus grand diamètre un demi-millième de millimètre, et les plus gros d'entre eux sont encore cinq ou six fois moins larges :

que les globules du sang. La térébenthine tenant en suspension cette poudre impalpable, va aussi loin que l'eau pure, et présente l'avantage de ne colorer que les vaisseaux. Or, j'ai bien des fois poussé cette injection dans les artères de la tête sur l'homme et sur les animaux aux divers âges, et j'ai acquis cette certitude absolue qu'aucun conduit vasculaire n'existe ni à la surface ni dans l'épaisseur de la cornée.

Il suffit d'étudier à la loupe ou sous les plus faibles grossissements du microscope un œil ainsi injecté pour renoncer sans retour à l'hypothèse des vaisseaux, même des vaisseaux séreux de la cornée. On voit alors que les capillaires de la conjonctive, parvenus au niveau de la cornée, s'avancent d'environ un demi-millimètre à la surface de cette membrane, et se recourbent

Fig. 3.



brusquement sur eux-mêmes. Ils décrivent ainsi une série d'anses qui s'arrêtent toutes au même niveau et dont l'ensemble circonscrit un cercle assez régulier. L'aire de ce cercle, qui correspond

au champ de la cornée, ne renferme aucune trace de vaisseaux. Or, il suffit de jeter les yeux sur la figure 3, pour reconnaître que l'injection a pénétré dans tous les capillaires; la matière injectée est partout continue à elle-même, et les trajets qu'elle a parcourus sont fermés de toute part. Les vaisseaux séreux de la cornée, s'ils existaient, devraient nécessairement aboutir aux anses vasculaires terminales représentées sur la figure; on devrait apercevoir çà et là au niveau de leur embouchure quelques vagues prolongements opaques constitués par des parcelles de matière à injection égarées dans les étroits canaux du sérum. Il n'en est rien, et chaque anse terminale, examinée en particulier, présente dans toute son étendue des contours parfaitement nets. Sous ce rapport, il y a la plus complète ressemblance entre la disposition des vaisseaux conjonctivaux autour de la cornée, et celle des vaisseaux des synoviales autour des cartilages articulaires. La terminaison en arcades vasculaires est la même dans les deux cas. J'ajouterai, pour rendre l'analogie plus complète, que, sur la cornée, comme sur les cartilages diarthrodiaux, les arcades vasculaires empiètent d'autant plus sur les bords de ces organes que l'on considère des animaux plus jeunes. L'étendue de ces arcades est même, *absolument parlant*, plus considérable sur les embryons de cinq à six mois que sur les sujets adultes. Il est permis de se demander pour la cornée, comme M. Tonybee l'a fait pour les cartilages, si, à une époque très reculée de la vie intra-utérine, il n'y aurait pas à leur surface une couche vasculaire complète.

Quoi qu'il en soit de cette hypothèse, il est parfaitement certain que pendant toute la durée de la vie extra-utérine, il n'y a au-devant de la cornée aucune couche vasculaire, et les mêmes expériences prouvent qu'il n'y a pas non plus de vaisseaux dans l'épaisseur de cette membrane.

Mais, dira-t-on, comment expliquerez-vous, autrement que par la préexistence de canaux séreux invisibles, l'apparition si fréquente des vaisseaux dans la cornée malade? Je réponds d'abord à cela que cette explication est le moindre de mes soucis. Je ne trouve pas de vaisseaux à l'état normal, je conclus qu'il n'y en a pas; j'en trouve à l'état pathologique, et j'en conclus qu'ils y sont venus sous l'influence de la maladie. Pour admettre cela, il n'est pas besoin de le comprendre, il suffit de le voir. Il n'est

pas besoin surtout de recourir à une hypothèse toute gratuite, qui a, entre autres prétentions, celle de n'être pas démontrable.

A la rigueur donc, j'aurais pu me dispenser de chercher comment et pourquoi la cornée se vascularise. J'ai eu cependant la curiosité d'étudier ce point de physiologie pathologique, et les résultats auxquels je suis parvenu, très analogues, du reste, à ce que m'avait déjà fourni l'étude de la vascularisation des cartilages, valent la peine d'être indiqués ici.

Pour provoquer l'apparition de vaisseaux à la surface de la cornée, ou dans son épaisseur, j'ai eu recours au procédé suivant : J'ai pratiqué sur des chiens et sur des lapins, à l'aide d'un couteau à cataracte, l'abrasion de la cornée dans une étendue de 2 à 3 millimètres, à environ 3 millimètres de distance du bord externe de cette membrane. Puis, j'ai soumis pendant plusieurs jours de suite la conjonctive correspondante à des actions mécaniques et irritantes, de manière à obtenir une conjonctivite assez intense. Cette condition est presque indispensable lorsqu'on veut obtenir la vascularisation de la cornée. Si l'on n'irrite pas la conjonctive, les lésions les plus profondes de la cornée guérissent très souvent sans la moindre apparition de vaisseaux. Du reste, le procédé que j'ai indiqué ne réussit pas constamment, puisqu'il a manqué deux fois son but sur six expériences dans lesquelles il a été appliqué. Dans les quatre autres cas, j'ai assisté tout à mon aise à la prétendue formation des vaisseaux de la cornée.

Je passe presque entièrement sous silence la série des phénomènes qui se succèdent en pareil cas dans l'épaisseur de la cornée jusqu'à la réparation plus ou moins complète du désordre. Je me bornerai à dire que le plus souvent, au bout de deux à trois semaines, l'abrasion est cicatrisée, et que la cicatrice est souvent transparente. J'insisterai davantage sur l'apparition et le développement des vaisseaux.

En aucun cas, les vaisseaux n'ont paru avant le sixième jour. Deux fois ils ont paru le huitième jour, et une fois le dixième jour seulement.

Les vaisseaux que j'ai obtenus étaient constamment superficiels et étaient la continuation directe de ceux de la conjonctive. Constamment, j'ai vu la vascularisation commencer par le bord de la cornée et s'avancer ensuite peu à peu vers le point abrasé. Il s'écoule, en général, deux à trois jours entre le mo-

ment où paraît la vascularisation marginale et celui où elle atteint le niveau de l'abrasion. Ce n'est d'abord qu'une étroite zone, dont la longueur est un peu plus considérable que celle de la partie abrasée, et dans laquelle les vaisseaux sont tellement fins qu'on les aperçoit difficilement à l'œil nu. A la loupe, on voit sur le *bord périphérique* de cette zone que les vaisseaux qui la constituent sont des prolongements des arcades vasculaires de la conjonctive ; son *bord interne*, ou, si l'on veut, son bord libre, celui qui est tourné vers l'abrasion, est d'abord concave, mais il devient bientôt convexe, et ce changement de forme vient de ce que la zone vasculaire s'élargit à sa partie moyenne sans s'élargir à ses deux extrémités. Cette partie moyenne, de plus en plus convexe, finit par proéminer de telle sorte que la surface vasculaire n'a plus la forme d'une zone, et se rapproche beaucoup de la forme d'un triangle dont la base correspond au bord de la cornée et dont le sommet est dirigé vers l'abrasion.

J'ai remarqué sur deux chiens, qu'au moment où le sommet du triangle vasculaire arrivait au niveau de la partie abrasée, la vascularisation s'étendait *très rapidement* à toute l'étendue de l'abrasion. Une fois surtout, ce phénomène a été très marqué. J'avais examiné vers midi l'œil de l'animal avec le plus grand soin ; le pinceau vasculaire s'arrêtait très-nettement sur les bords de l'abrasion. A quatre heures, je l'examinai de nouveau ; je fus très surpris de voir que toute la surface abrasée présentait une teinte rougeâtre. Je crus d'abord qu'il s'était produit une suffusion sanguine ; mais en regardant à la loupe, je reconnus que la teinte rougeâtre était due à la présence d'un réseau vasculaire.

Sur ce chien, la vascularisation avait mis trois jours pour s'étendre de la conjonctive à l'abrasion, c'est-à-dire, pour franchir une distance de 3 millimètres ; et il lui avait ensuite suffi de quatre heures pour recouvrir une surface abrasée large de 2 millimètres. Ce qu'il y eut de plus remarquable, c'est que les jours suivants, la plupart des vaisseaux situés entre l'abrasion et le bord de la cornée disparaurent ; il n'en resta que trois ou quatre, très rapprochés les uns des autres, assez volumineux, et faisant communiquer le réseau de l'abrasion avec les vaisseaux de la conjonctive. Je ne puis dire ce qui arriva ensuite, parce que l'animal réussit à se soustraire par la fuite à ma curiosité.

Afin de bien étudier la composition de la zone vasculaire qui

s'étend graduellement sur la cornée, j'ai sacrifié l'un de mes animaux, c'était un lapin, avant que les vaisseaux eussent gagné le niveau de l'abrasion. La zone avait environ 2 millimètres de large. Je poussai dans la carotide, avec les précautions convenables, une injection de térébenthine colorée avec du bleu à l'huile; le réseau cornéen fut complètement injecté, et je pus l'examiner tout à mon aise au microscope, sous un grossissement de 18 diamètres. Je reconnus ainsi, d'une manière certaine, la réalité d'une disposition que j'avais déjà aperçue en étudiant à la loupe, sur les animaux vivants, l'aspect de la zone cornéenne. Cette disposition présentait la plus grande analogie, je dirais presque une identité complète, avec la disposition des vaisseaux conjonctivaux sur les bords de la cornée normale. C'était la même terminaison des capillaires en arcades brusquement recourbées. Quelquefois, anastomosées avec leurs voisines, ces arcades étaient, pour la plupart, indépendantes les unes des autres; toutes venaient s'arrêter à peu près au même niveau, et pour en avoir une idée exacte, il suffira de jeter un coup d'œil sur la figure 3, laquelle est relative pour tant à l'état normal des vaisseaux conjonctivaux.

Il y a sous ce rapport la plus grande ressemblance entre la vascularisation superficielle de la cornée et la vascularisation superficielle des cartilages diarthrodiaux. Dans ce dernier cas, en effet, les arcades vasculaires terminales de la synoviale s'étendent peu à peu, par un empiètement graduel, à la surface du cartilage. J'ai constaté ce fait sur un grand nombre de pièces que j'ai recueillies à l'école pratique pendant l'épidémie de choléra de 1849, et que j'ai dessinées sous le microscope (1). C'est de la même manière que les vaisseaux conjonctivaux s'étendent à la surface de la cornée. Les arcades terminales s'allongent insensiblement, et empiètent peu à peu sur la cornée, en conservant tous leurs caractères. Le sang qu'elles contiennent ne parcourt pas des voies nouvelles. Ce ne sont pas des vaisseaux nouveaux qui se forment; ce ne sont pas des vaisseaux séreux qui se dilatent au point d'admettre les globules et de devenir apparents. Ce sont tout simplement des vaisseaux normaux qui s'allongent, en vertu

(1) Pour le dire en passant, l'injection sanguine naturelle qui distend les capillaires pendant la période cyanique du choléra donne des résultats tout aussi complets que l'injection artificielle la plus pénétrante, et plus démonstratifs encore, si c'est possible.

de l'état morbide, et qui débordent de la conjonctive sur la cornée, comme si leurs parois, ramollies par l'inflammation, avaient acquis la propriété de céder, et pour ainsi dire, de fuir devant l'impulsion du sang.

La vascularisation de la cornée ne peut donc servir de prétexte, quoi qu'on en ait dit, pour admettre des vaisseaux séreux dans cette membrane; l'étude de ce phénomène suffirait à elle seule, s'il en était besoin, pour faire rejeter une hypothèse déjà contraire aux résultats de l'observation directe et aux données générales de l'anatomie. Qu'on me pardonne la longueur de la discussion précédente. Il fallait répondre à toutes les objections, et établir d'une manière certaine une proposition qui sert de base à toute ma doctrine. Or, je crois avoir démontré que la cornée ne renferme, à l'état normal, aucune trace de vaisseaux sanguins ou séreux. Dès lors, elle ne peut devenir le siège des états morbides qui ont leur point de départ dans l'élément vasculaire, et par conséquent *elle ne peut pas s'enflammer primitivement*.

On m'objecte déjà que je puis avoir raison de rejeter hors de la classe des kératites toutes les maladies dans lesquelles la cornée ne se vascularise pas, mais que la cornée se vascularise souvent, et qu'alors elle doit pouvoir s'enflammer. Il y aurait bien des choses à répondre à ce raisonnement, mais cela n'est pas nécessaire, et je consens à l'accepter. Eh bien, oui, admettons la réalité de l'inflammation dans la cornée vascularisée; admettons que l'état inflammatoire de la conjonctive environnante se propage alors le long des vaisseaux au réseau cornéen. En résulte-t-il que la maladie mérite alors le nom de *kératite*? Mais ne voit-on pas qu'ici l'inflammation n'est qu'un épiphénomène, un accident survenu pendant la marche d'une maladie qui a débuté avant l'apparition des vaisseaux et qui a si bien modifié la structure de la cornée, que cette membrane a fini par devenir vasculaire? Pendant les six jours, les huit jours, les dix jours qui, dans mes expériences, ont précédé l'apparition des arcades vasculaires, pendant la période analogue, mais souvent beaucoup plus longue, qui s'écoule chez l'homme entre le début d'une ophthalmie et l'époque où la cornée se laisse envahir par les vaisseaux, croit-on que cette membrane soit libre de tout état morbide? Il n'en peut être ainsi, je le répète, et l'existence d'un état morbide

présalable est mise en évidence précisément par cette lésion ultime : la vascularisation. Au surplus, on n'ignore pas que cette vascularisation peut se produire, comme elle peut manquer dans des cas, du reste, très semblables les uns aux autres ; que le tissu de la cornée, dans l'une et l'autre circonstance, peut se ramollir, s'ulcérer, devenir opaque. Ce sont là les véritables lésions. C'est à elles que la maladie emprunte son caractère de gravité. Toutes se produisent sans que la cornée soit vasculaire. Puis un jour on voit quelques vaisseaux presque imperceptibles se prolonger sur cette membrane, et aussitôt, prenant l'effet pour la cause, on accuse ces vaisseaux de tout le mal, et l'on décrit tout cela sous le nom de *kératite* ! C'est si peu une *kératite*, que dans beaucoup de cas, la maladie parcourt toutes ses périodes sans la moindre trace de vascularisation ; et je rappellerai, par exemple, que dans mes expériences d'abrasion, j'ai vu les vaisseaux manquer deux fois sur six, quoique dans tous les cas j'eusse vivement irrité la conjonctive. En d'autres termes, la vascularisation est une lésion tardive, une complication éventuelle. Son apparition est la preuve d'une révolution profonde survenue dans la nutrition et dans la structure de la cornée. Elle peut exercer quelque influence sur la marche ultérieure des lésions qui l'ont précédée, mais elle n'en change pas la nature. Donner le nom de *kératite* à la maladie qui fait naître ces lésions, ce serait commettre une infraction contre toutes les règles de la nosographie. Que dirait-on d'un pathologiste qui donnerait aujourd'hui le nom de *chondrite* à toutes les maladies qui se montrent sur les cartilages dans l'arthrite sèche, sous prétexte qu'on trouve quelquefois dans cette affection des vaisseaux étalés à la surface des cartilages, et provenant de la synoviale adjacente, comme les vaisseaux cornéens proviennent de la conjonctive ?

Mais, dira-t-on encore, la nature inflammatoire des lésions de la cornée est mise en évidence par l'inflammation concomitante de la conjonctive ou des autres membranes de l'œil. Je reconnais que cette concomitance existe dans la plupart des cas ; je reconnais même que le plus souvent ces inflammations voisines précèdent l'état morbide de la cornée ; de même que le plus souvent les maladies des cartilages sont précédées d'une inflammation plus ou moins vive des os ou des synoviales. Cela ne prouve pas plus en faveur de la *kératite* qu'en faveur de la *chondrite*. Les

cartilages comme la cornée sont des tissus parasites ; ils vivent aux dépens des sucs nutritifs que les tissus vasculaires adjacents leur fournissent par imbibition. Lorsque l'inflammation vient à modifier les conditions de la circulation dans la conjonctive ou dans une synoviale, tout le monde reconnaît que la nutrition de ces membranes éprouve de profondes atteintes ; à plus forte raison la nutrition doit-elle souffrir dans la cornée ou dans les cartilages qui reçoivent alors leurs éléments réparateurs d'une source altérée.

Pour tout dire, je crois qu'aujourd'hui encore on abuse du mot inflammation ; on attribue à cet état morbide, bien à tort suivant moi, tous les phénomènes qui surviennent dans le voisinage d'une partie enflammée, on confond ainsi sous une même dénomination, et les lésions propres à l'inflammation, et les lésions toutes différentes qui résultent de ce que, autour d'un foyer inflammatoire, la nutrition est modifiée jusqu'à une certaine distance. Ainsi, par exemple, on dit que les lésions diverses des ligaments dans les articulations atteintes de tumeur blanche sont de nature inflammatoire (1). C'est en vain, il est vrai, que sur ce point on interroge l'anatomie pathologique. On trouve que, parmi les ligaments, les uns sont rétractés, les autres allongés, les autres ramollis ou détruits, comme par une sorte de dissolution. Aucune de ces lésions ne ressemble à celles que l'inflammation produit partout ailleurs ; mais autour d'elles, sur la synoviale ou sur l'os, on trouve des traces évidentes d'inflammation, et l'on en conclut que tout cela est inflammatoire. Si au lieu de raisonner on se donnait la peine d'ouvrir les yeux, on reconnaîtrait bien vite que les ligaments, quelle que soit l'époque où on les examine, ne sont jamais ni tuméfiés ni rubéfiés (2), c'est-à-dire qu'on admet l'existence d'un travail inflammatoire parcourant toutes ses périodes dans un tissu où l'on n'a jamais constaté seulement la première période de ce travail.

Dans les tumeurs blanches, l'inflammation n'occupe que les synoviales ou les os, et néanmoins la nutrition est troublée à la

(1) M. Richet s'est déjà élevé avec raison contre la prétendue inflammation des ligaments dans les tumeurs blanches. (Voyez son *Mémoire sur les tumeurs blanches*, chap. I, § 2. — *Mémoires de l'Acad. de méd.*, t. XVIII. Paris, 1853, in-4°.)

(2) Abstraction faite du ligament rond de la hanche, qui n'est pas seulement un ligament, et qui conduit de l'os iliaque au fémur, les vaisseaux destinés à la circulation de la tête fémorale.

fois dans ces parties et dans d'autres parties non-vasculaires, comme les cartilages, ou à peine vasculaires, comme les ligaments. Dans l'ostéite des os superficiels l'inflammation ne dépasse guère les limites du périoste, et cependant il est fréquent de voir, au bout d'un certain temps, les poils de la peau correspondante devenir plus colorés, plus gros, plus longs que ceux du reste du membre; ce travail d'hypertrophie, dont les poils deviennent le siège, prouve que la nutrition des poils est modifiée par le voisinage d'un foyer d'inflammation. C'est de la même manière que les parties non-vasculaires de l'œil, la cornée, la cristalloïde, le cristallin, le corps vitré, peuvent subir des troubles de nutrition plus ou moins graves, par cela seul que l'inflammation règne sur les tissus vasculaires environnants. Ces diverses lésions ne sont ni des *kératites*, ni des *capsulites*, ni des *lentites*, ni des *hyalites*, comme on le pense; ce sont des opacités, des épaississements, des ramollissements, etc., de ces diverses parties. Je voudrais pouvoir me servir de dénominations plus méthodiques, mais cela n'est guère possible dans l'état actuel des connaissances sur la pathologie des tissus non-vasculaires.

Pour être juste, il faut dire que l'hyalite, la lentite, la capsulite, sont loin d'être admises par tous les ophthalmologistes. La nature des lésions trouvées sur la capsule et le cristallin, l'absence complète et constante de vaisseaux dans ces organes, soit à l'état sain, soit à l'état morbide, ont déjà porté beaucoup d'auteurs à rejeter leurs maladies hors de la classe des inflammations. Mais la *kératite* a résisté jusqu'ici, ou plutôt elle a régné sans contestation, d'abord parce que l'apparition éventuelle de quelques vaisseaux servait de prétexte à cette hypothèse, ensuite aussi parce que les lésions de la cornée malade ont été assimilées, avec plus ou moins d'exactitude, à celles que l'inflammation détermine partout ailleurs.

Ainsi on a cru pouvoir attribuer les taies à la présence d'épanchements de lymphe plastique qu'on a comparés à ceux de l'inflammation; on a considéré comme des abcès les collections opaques et plus ou moins liquides qui se font quelquefois entre les lames de la cornée; et dans ce système les inflammations cornéennes présenteraient, comme celles des tissus vasculaires, trois périodes, ou, si l'on veut, trois degrés: la congestion, les sécrétions plastiques et la suppuration, c'est-à-dire la vascu-

larisation, les taies et les abcès de la cornée. Puis à côté de ces inflammations proprement dites, la cornée pourrait devenir le siège de certaines inflammations spéciales : les ulcères se formeraient par l'inflammation ulcéralive; les plaies se cicatrifieraient par l'inflammation adhésive.

Il manque à ce système d'être basé sur l'observation, car tous ces rapprochements sont inexacts. A-t-on réfléchi à l'ordre suivant lequel apparaissent les diverses lésions cornéennes qu'on a comparées aux différents stades de l'inflammation? J'ignore pour ma part, et bien des gens ignorent comme moi en quoi consistent anatomiquement les modifications qui font perdre à la cornée sa transparence; et personne, je crois, n'a démontré l'existence de ce prétendu épanchement de matière plastique qui fait, dit-on, la base des taies. Mais lors même que la réalité de cet épanchement serait démontrée, aurait-on le droit d'en conclure qu'il fût de nature inflammatoire? N'y a-t-il donc que l'inflammation qui puisse produire la sécrétion des blastèmes? Tout le monde d'ailleurs ne sait-il pas qu'il n'y a aucune corrélation entre la formation des taies et le phénomène de la vascularisation? Si celle-ci était le premier degré d'une inflammation dont le deuxième degré serait caractérisé par l'opacité cornéenne, il pourrait y avoir des vaisseaux sans taies, mais il n'y aurait jamais de taies sans vaisseaux. Or, beaucoup d'opacités se montrent avant qu'il y ait sur la cornée la moindre trace de vaisseaux (1), souvent même la tache se forme et disparaît sans aucune intervention directe de l'élément vasculaire.

Il en est de même des prétendus abcès de la cornée. Je ne parle pas des petites pustules superficielles, en général marginales, qui coïncident avec la conjonctivite pustuleuse, et qui sont ordinairement précédées de vascularisation; je parle des abcès interstitiels et des abcès profonds de la cornée. Tout le monde reconnaît que ceux-là se développent sans vaisseaux, et la meilleure preuve que j'en puisse donner, c'est que M. Desmarres a fait de ces kératites *suppuratives* un des deux groupes de sa

(1) Il m'est arrivé plusieurs fois, dans mes expériences, soit après des ablations, soit après de simples incisions, de trouver au bout de vingt-quatre heures la cornée troublée dans toute son étendue. Or, cette opacité diminuait les jours suivants, et il est arrivé deux fois qu'elle a entièrement disparu avant l'époque où la vascularisation a commencé à s'effectuer.

classe des *kératites non-vasculaires* (1). Ainsi, dans ce cas, le troisième degré de l'inflammation se montrerait sans avoir été précédé des deux autres. Cette difficulté n'est pas la seule. Les soi-disant abcès de la cornée, au point de vue de leur formation, de leur nature, de leurs diverses terminaisons, diffèrent de la manière la plus flagrante des véritables abcès. Sait-on du moins quelle est la nature de la matière plus ou moins liquide qui constitue ces collections? Personne, à ma connaissance, ne s'en est assuré. Pour ma part, j'ai le regret de dire qu'il ne m'a pas été possible de me procurer de ce prétendu pus pour le soumettre à l'examen microscopique. Je crois qu'en étudiant plus tard ce liquide, on n'y trouvera pas de globules purulents; je croirais volontiers, au contraire, qu'on y trouvera des granulations graisseuses; mais je ne veux rien préjuger. En tous cas, la présence des globules de pus dans le liquide des abcès de la cornée, si elle était constatée plus tard, prouverait simplement une chose que plusieurs pathologistes affirment déjà, c'est-à-dire que le pus peut se produire sans inflammation.

Insisterai-je maintenant sur les ulcères de la cornée? Cela n'est pas nécessaire. Il me suffira de dire que les *kératites ulcéreuses* forment le deuxième groupe de la classe des *kératites non-vasculaires*. Ce sont donc des ulcérations qui s'établissent sans l'intervention directe des vaisseaux. Pareille chose a lieu sur les cartilages articulaires, et l'on n'a pas oublié que les auteurs anglais, pour prouver, suivant les idées de Brodie, l'existence des tumeurs blanches dues à l'inflammation de ces organes, s'appuyaient précisément sur la fréquence des érosions, des pertes de substance spontanées qu'on observe si fréquemment sur les couches cartilagineuses diarthrodiales. L'ulcération, disaient-ils, étant due à une inflammation particulière, l'*inflammation ulcéreuse*, il faut bien admettre de toute nécessité que les cartilages peuvent s'enflammer. Tout en réfutant ce raisonnement pour les cartilages, les auteurs français ont continué à l'appliquer à la cornée. Et il le fallait absolument pour pouvoir conserver la doctrine classique de l'ulcération. De ce que quelquefois le travail ulcératif s'accompagne d'inflammation, on en a conclu que l'inflammation était la cause de l'ulcération. De même on a cru que l'inflammation était la cause du travail éliminateur qui préside à la séparation des escarres; et c'est à elle

(1) Desmarres, *Maladies des yeux*, Paris, 1847, in-8, p. 278.

encore qu'on a attribué le travail réparateur qui permet aux plaies de se réunir par première intention. Ainsi naquirent les mots *inflammation ulcérate*, *inflammation éliminatrice*, *inflammation adhésive*. En tout ceci, on a pris simplement l'effet pour la cause. Oui, il est vrai de dire que très souvent, dans les tissus vasculaires, l'ulcération, l'élimination, l'adhésion s'accompagnent ou plutôt se compliquent d'un état inflammatoire. Mais qu'on étudie ces divers phénomènes dans les tissus non-vasculaires, dans les cartilages, dans la cornée, et l'on reconnaîtra que tous peuvent se produire sans inflammation, que celle-ci, dès lors, n'en fait pas partie intégrante.

J'ai déjà parlé de l'ulcération de ces tissus non vasculaires, et je n'ai pas besoin d'y revenir, mais je dirai quelques mots de l'élimination et du travail adhésif. La Société anatomique n'a peut-être pas oublié les pièces de nécrose des cartilages que je lui ai montrées, et qui sont encore aujourd'hui déposées dans le musée Dupuytren. Tout le monde a pu voir sur ces pièces le travail éliminateur s'établir en plein cartilage, loin de tout courant sanguin, à quelque distance même du contact de l'os, et sans que l'inflammation ait pu prendre une part quelconque à la séparation des séquestres. Quant à l'adhésion, on a eu le tort de l'étudier presque exclusivement dans les cavités sereuses où l'existence préalable d'un travail inflammatoire est effectivement indispensable pour que les feuillets opposés puissent devenir adhérents l'un à l'autre. Si on l'eût étudiée dans les plaies, on eût reconnu que l'élément inflammatoire est plus nuisible qu'utile à la réunion par première intention. Combien de fois n'a-t-on pas vu la réunion compromise précisément parce que l'inflammation s'était allumée et était venue constituer une complication nuisible ? Et combien de fois, au contraire, n'a-t-on pas vu dans les plaies de la face la guérison s'effectuer en deux ou trois jours sans la moindre rougeur, la moindre chaleur, la moindre douleur, la moindre tuméfaction, c'est-à-dire, en un mot, sans la moindre inflammation ! Sur quoi se base-t-on alors pour dire qu'il y a eu inflammation ? Sur l'habitude d'abord, puis sur cette idée erronée que la matière plastique à l'aide de laquelle les bords de la plaie ont pu s'agglutiner a dû nécessairement être sécrétée par des tissus enflammés. J'ai dit que cette idée était erronée, et, en effet, si l'on interroge la pathologie des tissus non-vasculaires, on verra qu'en l'absence de toute possibilité d'inflamma-

tion, une matière plastique analogue est sécrétée, s'organise et rétablit la continuité entre les deux lèvres des plaies. Ce fait, je l'ai démontré pour les cartilages. La Société anatomique a vu les nombreuses pièces que j'ai recueillies sur l'homme, et qui prouvent que les plaies des cartilages se ferment par une cicatrice fibreuse, sans la moindre apparition de vaisseaux, et elle n'ignore pas non plus que M. Redfern, par ses vivisections, est venu plus tard confirmer ces résultats. Cela seul suffirait pour faire renoncer à la théorie de l'inflammation adhésive. Mais l'étude des plaies de la cornée est bien plus démonstrative. Elle est surtout plus facile à faire.

Tout le monde sait avec quelle rapidité les plaies de la cornée se cicatrisent. A la suite des opérations de cataracte par extraction, le lambeau se réunit presque constamment par première intention. Le tissu cicatriciel qui établit l'adhésion entre les deux lèvres opposées se forme aux dépens d'une matière plastique, à la sécrétion de laquelle l'inflammation ne prend aucune part, et c'est même parce que l'éventualité des accidents inflammatoires n'existe pas, que la réunion par première intention réussit beaucoup plus certainement ici que dans les tissus vasculaires et inflammables. Si l'on objectait que, sans doute, avant de sécréter cette matière plastique, la cornée a commencé par se vasculariser, je répondrais que les vaisseaux cornéens, lorsqu'ils se forment, ne paraissent qu'à une époque où la sécrétion plastique est achevée, et j'ajouterais, du reste, qu'ils manquent presque toujours. J'ai fait dix expériences dans le but d'étudier les relations qui existent entre la vascularisation de la cornée et la cicatrisation de ses plaies. J'ai fait, dans tous les cas, des plaies pénétrantes, linéaires ou à lambeaux, situées au centre de la cornée, et ayant une longueur de 4 à 6 millimètres; puis, j'ai attendu, sans exercer sur l'œil aucune autre violence, que la cicatrisation se fît. Neuf fois sur dix la réunion s'est effectuée sans la moindre apparence de vascularisation. Une fois même, afin d'être bien sûr de ne pas laisser échapper certains vaisseaux trop petits pour être visibles à la loupe, j'ai sacrifié l'animal dès le lendemain du jour où la cicatrisation m'a paru achevée, et ayant fait une injection fine, j'ai pu m'assurer au microscope que les vaisseaux conjonctivaux décrivaient leurs arcades ordinaires sur les bords de la cornée, sans qu'un seul d'entre eux s'avancât au-delà des limites normales.

La vascularisation de la cornée a donc fait défaut neuf fois sur dix. Dans le dixième cas, les vaisseaux ont paru, il est vrai ; mais ils n'ont commencé à se montrer, sous la forme d'une étroite zone marginale, que le huitième jour. Or, dès le cinquième jour, je m'étais assuré que l'adhésion était déjà passablement solide. Pour expliquer l'apparition de la vascularisation dans ce cas, je dois dire que l'animal avait été opéré à l'École pratique avec un mauvais scalpel qui avait déjà servi aux dissections. J'avais fait une plaie à lambeau, dont la base avait environ 6 millimètres de large. Une conjonctivite intense parut le quatrième jour. Il est probable que la malpropreté de l'instrument employé pour l'opération ne fut pas étrangère au développement de cette conjonctivite. En tous cas, ce fut certainement celle-ci qui fit prolonger quelques vaisseaux à la surface de la cornée.

Ainsi, les plaies de la cornée se cicatrisent le plus souvent sans vaisseaux. Quand, par exception, les vaisseaux se montrent, leur apparition ne peut être considérée comme la conséquence directe de l'irritation appliquée sur la cornée, et elle dépend du développement tout éventuel de la conjonctivite.

Le nombre et la variété des questions abordées dans cet article m'engagent à présenter sous forme de propositions le résumé des idées qui y sont exposées.

1° La cataracte capsulaire existe réellement. L'opacité de la cristalloïde *antérieure* a seule été constatée jusqu'ici, depuis les contestations que cette question a soulevées.

2° L'opacité de la capsule est le résultat d'une maladie propre, mise en évidence non seulement par le dépôt opaque, mais encore par les changements de structure qui surviennent dans le tissu de cette membrane, même dans les points où elle conserve sa transparence.

3° La capsule cristalline peut présenter les lésions suivantes : épaissement, ramollissement, fissuration, dépôts interstitiels et opaques d'une matière grenue (matière grasse probablement).

4° Ces diverses lésions sont le résultat de troubles de nutrition d'une nature inconnue. Rien ne permet de les considérer comme étant le résultat de l'inflammation.

5° L'inflammation débutant toujours par les vaisseaux capillaires, les tissus sans vaisseaux, tels que la capsule, le cristallin,

le corps vitré, la cornée même, ne peuvent pas plus s'enflammer que les cartilages, les poils, les dents et les ongles.

6° La cornée ne renferme à l'état normal aucune trace de vaisseaux. Les prétendus vaisseaux séreux n'existent pas.

7° La vascularisation accidentelle de la cornée n'est due, ni à la dilatation de vaisseaux anciens jusqu'alors invisibles, ni à la formation de vaisseaux nouveaux. Elle est due simplement à l'extension des vaisseaux environnants.

8° Dans les maladies de la cornée, la vascularisation n'est jamais qu'un phénomène d'importance secondaire; elle est la conséquence et non la cause d'un état morbide qui, dès lors, ne saurait être pris pour une inflammation et traité comme tel.

9° La plupart des maladies de la cornée, même de celles qu'on désigne sous le nom inexact de kératites, parcourent toutes leurs périodes sans que la cornée devienne vasculaire, et sans qu'on puisse, par conséquent, les rattacher à l'état inflammatoire.

10° Il est douteux que les collections désignées sous le nom d'abcès de la cornée renferment du pus véritable. En tous cas, ne peuvent être considérées comme étant la conséquence de l'inflammation. Il en est de même des taies et des ulcères de la cornée.

11° La cicatrisation des plaies de la cornée s'effectue sans l'intervention directe des vaisseaux. Ceux-ci, lorsqu'ils se montrent, ce qui est exceptionnel, ne paraissent qu'à une époque où l'adhésion existe déjà entre les lèvres de la plaie.

12° Le mot *kératite* doit être rayé de la science.

13° Les phénomènes désignés sous les noms généraux d'*ulcération*, d'*élimination*, de *réunion des plaies*, peuvent se produire dans certains tissus privés de vaisseaux, comme dans les tissus vasculaires; dès lors ils ne peuvent être considérés comme étant de nature inflammatoire.

14° Dans les tissus privés de vaisseaux, ces phénomènes se présentent à leur état de simplicité; dans les tissus vasculaires, ils provoquent presque toujours l'apparition d'un certain degré d'inflammation qui vient les compliquer. Cette inflammation, qu'ils ont provoquée, ils en sont la cause, et non point l'effet, comme on le dit généralement.

15° Les mots *inflammations ulcération, éliminatrice, adhésive*, expriment, par conséquent, des idées fort inexactes, et devraient être rayés de la science.

COMPTE RENDU

DES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ POUR L'ANNÉE 1853,

PAR LE D^r E. FOUCHER,
Secrétaire.

Messieurs, avant de commencer le travail le plus important et le plus difficile qui rentre dans les attributions que vous avez bien voulu me confier cette année, je dois vous exprimer l'idée que je me suis faite de ce résumé de vos travaux, je dois vous dire comment j'ai compris cette tâche honorable, sans doute, mais aussi très périlleuse.

Aujourd'hui l'on ne s'attend plus à trouver, dans le compte rendu que présente votre secrétaire, une énumération exacte, mais sèche et presque stérile, de tous les faits que vous avez discutés, de toutes les communications qui vous ont été faites, un de ces catalogues où la très petite observation tient la même place que le travail de premier ordre. L'exemple donné par mes prédécesseurs a été trop favorablement accueilli pour que j'aie gardé de m'en éloigner. Vous avez été habitués, depuis quelques années, à entendre dans votre séance solennelle un rapport raisonné, méthodique, non de tous les faits contenus dans vos bulletins, mais de ceux qui, par eux-mêmes, ou qui, rapprochés d'autres analogues, pouvaient faire jaillir quelque vérité nouvelle, confirmer ou éclairer celles déjà acquises. C'est ainsi que, chaque année, vous avez vu se dérouler le tableau des points que vous vous étiez efforcés d'élucider.

Cette méthode est incontestablement bonne et bien propre à rappeler le sort qui semble réservé à la Société anatomique, de préluder en quelque sorte à l'édification des bases solides et précises sur lesquelles s'appuient la plupart des vérités qui prennent rang dans la science. N'est-ce pas, en effet, parmi vous qu'ont pris naissance les notions qui servent aujourd'hui à étayer toute l'histoire des productions hétéromorphes? N'est-ce pas ici que s'est constituée la description des lésions chroniques des articulations, des maladies des cartilages, et toute la doctrine, enfin admise, du pied-bot? et n'avons-nous pas vu récemment, au

milieu de nous, le rachitisme apparaît sous un jour tout nouveau, et la tératologie s'enrichit de faits importants.

Grâce à vos efforts, la Société anatomique, vieille d'années, reste toujours jeune sous l'impulsion que lui impriment vos recherches, et, cette année encore, vous aurez marqué sur plusieurs points un véritable progrès. Et messieurs, la source des services que vous rendez à la science ne se trouve-t-elle pas dans l'heureuse tendance qui vous anime ? C'est que vous êtes loin de vous borner à la constatation pure et simple du fait anatomique, de la lésion matérielle ; vous voulez aussi remonter au mode d'évolution des produits morbides ; vous les recherchez dans les diverses phases de leur existence ; vous en demandez la fréquence, le siège, etc. ; en un mot, vous allez la physiologie de la lésion à son anatomie. Cette direction féconde, plus marquée peut-être depuis quelques années, est un bon augure et promet à la physiologie pathologique de nouvelles acquisitions.

- Je ne me dissimule pas, messieurs, toute la difficulté du plan que j'adopte, et cependant je l'aborde avec courage, sûr que votre indulgence ne m'abandonnera pas, fort de votre appui, qui peut-être me fera éviter au moins quelques-uns des écueils de toutes sortes dont je me vois entouré. Je vous dois l'analyse exacte de vos travaux ; il faut que ma rédaction soit un reflet pur et simple de l'esprit qui vous a guidés durant cette année ; il faut que je retrace vos opinions sur chacune des questions que vous avez agitées souvent avec tant de bonheur. Toute ma personnalité doit disparaître ; j'aurai atteint mon but si je parviens à rester votre écho fidèle.

Vos études ont presque exclusivement porté sur des faits d'anatomie pathologique ; or, vous le savez, jusqu'à ce jour la nature a semblé se jouer des classifications dans les lésions qu'elle inflige à nos organes, à nos tissus. Il viendra un jour, sans nul doute, où, à force de persévérance, le voile qui couvre certains détails, et qui nous empêche de saisir la corrélation de certains faits morbides sera soulevé, et où une base de classification entrevue déjà pourra s'étayer et se compléter ; et, certes, on peut prédire que notre collection fournira de nombreux éléments pour cette œuvre.

Je ne chercherai point à me roidir contre un obstacle où viendraient du premier coup se briser mes forces, et j'aime mieux

faire passer sous vos yeux les communications qui vous ont paru dignes d'intérêt, en rapprochant celles qui sont relatives à des lésions de même nature, ou tout simplement portant sur le même appareil organique.

Les points sur lesquels ont été dirigées vos recherches sont nombreux et variés, puisque deux cent-soixante pièces vous ont été présentées : c'est là une grande richesse. Malheureusement il y a dans ce nombre des faits qui, n'ayant pu être examinés dans tous leurs détails, n'auront leur utilité réelle qu'autant qu'ils seront rapprochés d'autres semblables.

Anomalies. — Monstruosités.

Un certain nombre d'anomalies simples, mais intéressantes, vous ont été montrées ; vous n'avez pas oublié ce faisceau musculaire que vous a présenté M. Denucé (1), qui partant des cartilages des quatrième et cinquième côtes, et allant rejoindre le sternum, représentait un muscle normal chez certains animaux, le *sternalis brutorum*. Vous vous rappelez aussi ce fait peut-être unique d'absence de l'une des artères ombilicales chez un fœtus à terme que vous a présenté M. Verneuil (2). Je passerai moins rapidement sur l'anomalie du nerf buccal que vous a fait voir M. Galliet (3). Sur la pièce de notre collègue, le nerf buccal, au lieu de prendre son origine sur la branche du maxillaire inférieur, naissait directement de la circonférence du ganglion de Gasser, à égale distance des nerfs maxillaires supérieur et inférieur, et n'offrait aucune connexion avec la petite racine du trijumeau. Ce nerf sortait isolément du crâne et offrait à la face sa distribution accoutumée. Le ganglion de Gasser donnait donc alors en réalité quatre branches. Ce nerf buccal était à coup sûr bien exclusivement sensitif. Voilà l'importance physiologique de l'anomalie décrite par M. Galliet. Sur la même pièce, M. Galliet a vérifié une assertion émise par M. Sappey, c'est l'existence d'un filet anastomotique volumineux, établissant une relation intime entre le nerf du muscle mylo-hyoïdien et le lingual.

Vous savez qu'il est généralement admis en tératologie que les anomalies sont plus fréquentes sur les organes plusieurs fois répétés dans l'économie, et cette remarque, appliquée au système

(1) P. 45. — (2) P. 47. — (3) P. 409.

circulatoire, vous fait pressentir qu'un intérêt réel s'attache à la pièce de *veine cave inférieure double*, que vous a montrée M. Lagneau, quoique cependant vos bulletins en renferment plusieurs exemples (1); ce fait offrait cette particularité que les deux veines iliaques internes et l'iliaque externe gauche se réunissaient pour former le tronc de la veine cave inférieure gauche, tandis que la veine cave inférieure droite était la continuation de la seule veine iliaque externe droite.

Si vous avez ainsi un exemple d'hémitérie par augmentation numérique, M. Titou (2) vous a montré une hémitérie d'un autre genre chez un enfant nouveau-né, qui manquait absolument de vessie; les deux uretères venaient s'ouvrir au-dessous de la symphyse pubienne chacun à un tubercule séparé. Les absences complètes de la vessie, qui se rattachent bien évidemment à un arrêt de formation et non de développement, sont rares à l'état simple; le plus souvent ce vice de conformation est accompagné de quelque autre déviation organique. Or, dans le cas que je vous rapporte, l'enfant vécut cinq jours, les artères ombilicales étaient normales. C'était au-dessous de la verge, et sous deux corps caverneux normaux que s'ouvraient les uretères; les deux pubis étaient écartés, les testicules descendus dans le scrotum.

Des anomalies moins importantes se rattachent à la présence d'un rein unique, à la persistance du trou de Botai et du canal artériel, dont vous avez vu quelques exemples.

L'une des questions les plus vivement débattues dans ces derniers temps parmi les *tératologistes*, est celle relative à la duplicité d'un ou de plusieurs organes: tandis que les uns ont vu dans ces cas un excès de développement, d'autres n'y ont voulu voir qu'un arrêt de développement pour les organes impairs et médians, admettant que ces organes sont doubles primitivement; à quelques autres il a suffi qu'un seul organe fût double ou parût double pour admettre une diplogénèse; c'était pour ceux-ci, non plus un simple arrêt de développement, mais un arrêt de formation: cela devenait une déviation organique des plus graves au point de vue anatomique, tandis qu'elle restait peu importante au point de vue fonctionnel; enfin, messieurs, il n'a pas toujours été facile de distinguer le simple cloisonnement de la véritable duplicité des organes.

(1) P. 344. — (2) P. 416.

Deux faits que vous devez à M. Depaul me paraissent jeter un certain jour sur quelques-unes de ces questions. Je dois vous les rappeler succinctement : Sur une femme servant au toucher dans les cours d'accouchement, M. Depaul (1) avait, dès 1846, reconnu l'existence de deux vagins, et depuis cette époque, ce vice de conformation avait pu être constaté par maints observateurs ; au fond des deux vagins, le doigt ne rencontrait qu'un seul col. Cette femme devint enceinte et mourut dans l'accouchement d'un accident qui devra m'occuper dans un autre lieu. L'autopsie confirma l'assertion de M. Depaul. On voyait deux vagins, l'un droit, plus large suivant l'axe du bassin ; l'autre gauche, plus étroit ; la cloison de séparation allant de la paroi antérieure à la paroi postérieure, était formée par l'adossement de deux muqueuses entre lesquelles existait une lamelle intermédiaire formée d'un tissu dartoïque. Cette cloison, épaisse à sa partie supérieure, ne s'avancait pas jusqu'au col de l'utérus ; il y avait, au fond, communication entre les deux vagins. Mais ce que l'examen sur le vivant n'avait pas révélé, c'était l'existence de deux matrices parfaitement distinctes jusqu'au-dessous de l'orifice supérieur du col, qui dès lors devenait unique. Chaque matrice avait son ovaire et sa trompe : celle du côté gauche était plus développée et contenait le produit de la conception ; celle du côté droit était aussi le siège d'un certain degré d'hypertrophie. Ainsi, pendant que les rapprochements sexuels avaient lieu par le vagin droit, c'était l'utérus gauche qui recevait l'œuf fécondé. Messieurs, il ne faut pas voir ici autre chose qu'un cloisonnement presque complet du vagin et de l'utérus, et la science possède des exemples semblables. Ce fait vient parfaitement concorder avec l'indépendance de formation que l'on sait exister entre les organes génitaux internes et les externes.

Mais la deuxième pièce de M. Depaul (2) offre un vice de conformation plus avancé. Une femme primipare accouche naturellement de deux enfants vivants ; l'un continue à vivre, l'autre meurt bientôt, et ce dernier offre les particularités suivantes : on trouve deux vagins parfaitement distincts, ayant chacun leur paroi propre, deux utérus aussi complètement séparés dans toute leur étendue et dont chacun a sa trompe et son ovaire : il y a donc

(1) P. 397. — (2) P. 353.

la séparation véritable de la matrice et réellement deux vagins. Chacun de ces vagins est longé par un canal assez dilaté à droite, qui est l'urètre venant s'ouvrir de chaque côté d'une tumeur rougeâtre, siégeant depuis le pubis jusqu'à l'ombilic; cette tumeur est la vessie exstrophée, et à son centre existe une ouverture plus large conduisant dans l'intestin grêle, qui s'ouvre aussi par un petit orifice dans le vagin gauche. Il n'y a pas d'anus, le gros intestin est réduit au cæcum; le rein gauche occupe la cavité pelvienne.

J'ai en vain parcouru les recueils des vices de conformation, et je n'ai pu en rencontrer aucun qui ressemblât à celui dont je viens de vous rappeler les principaux caractères. Le genre aspa losome, qu'on l'examine dans le cas de Petit, dans celui publié par Geoffroy Saint-Hilaire père, ou dans celui de Breschet, n'a que quelques traits de ressemblance relativement à la disposition anormale des ouvertures uro-intestinales. Le cas rapporté par M. Broca offrait un utérus double, mais sans vagin, et sans que l'anomalie de l'intestin fût aussi profonde. Enfin, le fœtus anormal décrit par M. Houel, et celui de M. Gosselin, ne nous présentent non plus que des analogies très éloignées avec celui de M. Depaul, que je crois être un cas encore unique dans la science.

Là ne s'arrêtent pas nos richesses tératologiques de cette année. Je ne vous ai pas encore mentionné l'importante communication de notre collègue M. Bouteillier fils, de Rouen, qui, quoique loin de nous, a bien voulu enrichir nos bulletins de plusieurs faits importants. L'un d'eux, le plus remarquable sans nul doute, est relatif à un fœtus monstrueux dont la description minutieuse, accompagnée de planches, se trouve dans les bulletins (1). Je n'aurai donc qu'à vous rappeler quelques points saillants de cette description; permettez-moi d'en intervertir l'ordre. Vous savez, messieurs, que dans les monstruosités les plus complexes, on peut, le plus souvent, parvenir à découvrir un vice de conformation principal, primordial, et qui, fatalement, entraîne des déviations organiques secondaires; or, cet ordre que la nature semble mettre dans la production de la monstruosité, je le suivrai ici, et cela m'exemptera de longs détails.

Geoffroy Saint-Hilaire le père a montré qu'au moment de la

(1) P. 299.

naissance l'occipital se compose de quatre pièces : l'os basilaire, deux pièces occipitales externes et l'écaille occipitale. Cette dernière pièce elle-même n'est point simple primitivement, et la plupart des auteurs s'accordent à reconnaître qu'elle se compose de deux moitiés symétriques. Supposez, messieurs, que ces diverses pièces, au lieu de se souder, restent écartées l'une de l'autre, vous aurez à la base du crâne une fente losangique commençant à l'os basilaire et finissant en arrière à la fontanelle postérieure ; supposez maintenant que la colonne vertébrale, atteinte de spina-bifida dans toute sa longueur, au lieu de suivre sa direction normale, se dévie en arrière, à partir de sa portion cervicale, pour se placer horizontalement dans la fente crânienne.

Si vous réalisez ces deux hypothèses, vous aurez un monstre dont le crâne sera bien conformé, sauf à sa base, qui présentera une rigole antéro-postérieure au fond de laquelle apparaîtra la gouttière vertébrale postérieure, et dont la colonne vertébrale, verticale dans sa portion cervicale, sera horizontale dans sa portion dorsale, et par contre donnera attache à des côtes qui, elles, seront verticalement dirigées : vous aurez une portion lombo-sacrée dont la face antérieure regardera en bas et en arrière ; et si vous y songez, vous voyez tout de suite les déformations secondaires qu'entraînent un pareil arrêt de développement de la colonne vertébrale et un pareil vice de position. La tête et le tronc seront à peine séparés par une rainure étroite, de telle sorte que la face regardera en avant et en haut : la partie postérieure du tronc sera très courte, et l'anus peu éloigné de la tête. Il y aura, au contraire, une face inférieure assez large, où se rencontreront l'ombilic, la vulve, etc. ; les épaules seront au même niveau que les temporaux ; les membres supérieurs ne seront pas nécessairement déformés, et les membres abdominaux auront éprouvé une position vicieuse dépendant du nouveau mode d'attache du bassin ; or, messieurs, vous avez là ce qu'a offert le monstre de M. Bouteillier. Ajoutez que la dissection a permis de constater, outre les détails que je viens de rappeler, l'intégrité de l'encéphale, l'absence de la moelle, que l'on comprend facilement, et une inversion des organes thoraciques et de la portion sus-ombilicale des organes abdominaux, vice de position qui ne dérive pas de la déviation organique principale.

Enfin, je vous rappellerai la disposition des membres abdomi-

naux. Le sacrum logé comme un coin entre les deux portions de l'écaïlle occipitale n'a pu fournir l'articulation normale des os iliaques : aussi ceux-ci sont-ils appendus par un cordon fibreux à la face postérieure du sacrum. Ces os sont, du reste, aplatis considérablement, et les pieds offrent deux varus à un degré extrême. Enfin, rien dans la disposition des muscles qui ne dépende de la déviation principale.

Somme toute, ce monstre si curieux nous offre un spina-bifida aussi complet que possible, c'est-à-dire un arrêt de développement manifeste dans la colonne vertébrale, puis une position vicieuse de cette colonne incomplètement développée ; et avec ces deux causes de malformation, vous avez une monstruosité d'une nouvelle espèce dont on ne connaît, je pense, aucun exemple. Elle se rapproche, cependant, par bon nombre de caractères, du genre iniencephale, d'Is. Geof. Saint-Hilaire, que ce savant tératologiste n'indique que d'après une observation publiée par Dugès dans les *Ephém. médicales* de Montpellier, t. II, p. 289, et d'après deux autres cas, dont l'un cité par Hull (*Mem. of the Society of Manchester*, t. V, p. 495), et l'autre par Buckart (*De monstro humano notabili*, dissection ; Fribourg, 1825). La description de Dugès ressemble, sous certains rapports, à celle de M. Bouteillier.

Si ce fait offre un exemple de la monstruosité qu'entraîne le spina-bifida à un degré extrême, M. Cruveilhier nous a communiqué, au contraire, une observation de spina-bifida (1) simple des vertèbres lombaires, avec cette particularité remarquable, toutefois, que l'anneau de la douzième vertèbre dorsale est divisé en deux parties par un prolongement osseux qui paraît gagner la face postérieure du corps de la vertèbre, d'où résultent deux anneaux distincts à travers lesquels les portions droite et gauche de la moelle épinière s'engagent respectivement pour se rendre dans la cavité du spina-bifida.

Tels sont les faits les plus saillants d'anomalies et de monstruosité que vous avez étudiés cette année.

Lésions des os.

Des divers cas de fractures qui vous sont passés sous les yeux,

(1) P. 343.

cinq étaient relatifs aux os du crâne ; ils ne nous ont rien montré de particulier, si ce n'est dans l'un des cas, celui de M. Blin, l'étendue de la lésion. Permettez-moi de ne vous rappeler que l'observation de M. Lesseré (1) : un infirmier épileptique tombe dans une attaque sur la partie latérale droite du crâne, du sang s'écoule par l'oreille droite, et une heure après, c'est à de la sérosité que donne issue le conduit auditif externe ; le malade meurt le sixième jour après l'accident, et à l'autopsie on trouve le crâne parcouru par une fissure partant du pariétal droit, traversant la portion écailleuse du temporal, et s'étendant obliquement sur le rocher, au niveau du conduit auditif interne.

Entre la dure-mère et les os existait un caillot sanguin ; on eut l'idée de verser de l'eau dans la place occupée par le caillot, et en la voyant s'écouler par la fissure, on en avait conclu que la sérosité fournie pendant la vie, à travers le conduit auditif externe, provenait du caillot.

Cette expérience ne pouvait trouver de crédit devant la Société anatomique, elle ne prouvait pas autre chose que ce fait, à savoir que le crâne était fracturé dans toute son épaisseur, ce qui se constatait à première vue ; de plus, si, comme le faisait observer M. Trélat, on remarque que l'écoulement est devenu sérieux au bout d'une heure, que l'arachnoïde envoie dans le conduit auditif interne un prolongement qui a dû être déchiré, on comprend facilement la possibilité de la sortie du liquide céphalo-rachidien.

Si les fractures du crâne ne nous ont offert que peu de données importantes, il n'en est pas de même des deux observations de fractures de la colonne vertébrale que vous devez à M. Desnos (2) et à M. Gaujot (3). Toutes deux sont relatives au corps de la septième vertèbre cervicale ; je ne puis, messieurs, me dispenser de vous rappeler succinctement ces deux faits. Un homme de quarante ans tombe sur la tête, de façon que celle-ci, entraînée dans un mouvement de flexion forcée, vienne toucher la face antérieure du sternum. Le malade, apporté à l'hôpital, se plaint d'une douleur qui s'exagère singulièrement par la compression exercée sur l'apophyse épineuse de la septième vertèbre cervicale.

(1) P. 886. — (2) P. 181. — (3) P. 228.

Les jours suivants, la stupeur du premier jour a disparu, le malade a toute son intelligence, mais les membres inférieurs sont complètement paralysés de la sensibilité et du mouvement, la paralysie remonte sur le tronc jusqu'au niveau des mamelons, et les membres supérieurs eux-mêmes, tout en conservant leur sensibilité, ne jouissent plus que d'une motilité incomplète. La respiration est uniquement diaphragmatique; le rectum et la vessie ne fonctionnent plus; ce malade meurt le troisième jour, évidemment asphyxié, et à l'autopsie on ne fut pas surpris de trouver le corps de la septième vertèbre cervicale brisé transversalement; sa face antérieure est affaissée et coudée, le ligament vertébral postérieur seul offre des déchirures, et du côté du canal vertébral, pas de saillie pouvant comprimer la moelle; mais celle-ci est le siège, au niveau de la vertèbre fracturée et à son centre, d'un épanchement sanguin s'étendant à 3 ou 4 centimètres, en partie liquide, en partie coagulé, et en partie mêlé avec la substance nerveuse ramollie.

Ainsi, voilà une fracture sans déplacement qu'a produite, par une sorte d'écrasement de la partie antérieure de la vertèbre, une flexion forcée, c'est-à-dire une cause indirecte; on ne saurait, en effet, nier maintenant, avec Boyer, la réalité de ce mécanisme. Les recherches de M. Bonnet ont, depuis plusieurs années déjà, fixé la science sous ce rapport. Cet observateur a fait voir, par des expériences, que le menton, appuyé sur la face antérieure du sternum peut, par la flexion forcée, continuer à glisser sur cette face antérieure, ou bien que, s'arc-boutant, il sert de point fixe autour duquel la tête décrit un arc de cercle; dans les deux cas, les apophyses épineuses cervicales s'écartent de plus en plus, surtout vers la septième cervicale et la première dorsale, là où la mobilité est plus grande, de telle façon que le corps de la vertèbre placée au-dessus vient appuyer fortement sur le corps de la vertèbre placée au-dessous, déchire le disque et se fracture en s'écrasant lui-même. C'est là ce qui s'est passé, très certainement, chez le malade de M. Desnos.

Enfin, messieurs, cette observation est en outre une curieuse expérience de physiologie complètement confirmative des idées généralement reçues sur les fonctions de la moelle épinière; et ici, la lésion de la moelle qui vous a offert une variété importante d'hématorachis s'explique parfaitement par l'élongation qu'a

dû subir le cordon nerveux dans le mouvement de flexion forcée de la région cervicale.

C'est aussi à une fracture du corps de la septième vertèbre cervicale que se rapporte le fait qui vous a été communiqué par M. Gaujot (1). Mais ici le mode de production n'a pas été le même que dans l'observation précédente : ce fut la partie postérieure et inférieure du cou qui porta dans une chute que fit le malade. Nous retrouvons, dans le fait de M. Gaujot, les mêmes symptômes paralytiques, si ce n'est cependant que le dernier malade a offert un symptôme qui ne fut pas noté dans le cas de M. Desnos, c'est l'érection du pénis que l'on avait, vous le savez, donné comme un signe pathognomonique des lésions du cervelet, et qui se montre plutôt comme un des effets de la lésion de la portion cervicale de la moelle ; les exemples apportés par Ollivier d'Angers, ceux dus à Lawrence, à Réveillon, à Astley Cooper, sont donc confirmés par l'observation de M. Gaujot.

Parmi les autres cas de fractures qui vous ont été présentées, vous avez remarqué deux fractures extra-capsulaires du col du fémur, intéressantes à divers titres : sur la pièce de M. Bidard (2), outre la fracture extra-capsulaire du col, on voyait, à la partie antérieure du bord antérieur du grand trochanter, une petite esquille à base triangulaire, et du sommet de laquelle partait une fissure qui, divisant la partie antérieure du grand trochanter, descendait sur la face externe du fémur, directement en bas, et avait 8 centimètres de longueur ; puis, de la ligne inter-trochantérienne postérieure, on voyait partir une autre fissure plus sinueuse, dentelée, et dont les bords étaient légèrement écartés ; ces deux fissures marchaient l'une vers l'autre, sans cependant s'atteindre. Sans nul doute, nous n'en sommes plus à l'époque où J.-L. Petit niait la possibilité des fissures longitudinales des os longs, et si l'obstination de Louis ne céda pas devant les deux observations que fournit Duverney, il n'est personne aujourd'hui qui puisse rejeter l'authenticité des faits nombreux que la science possède. Le musée Dupuytren en montre quelques exemples ; d'autres ont été relatés par les soins de MM. J. Cloquet, Campagnac, Bouisson, Coles, Debout, Bérard, etc.

C'est un intérêt d'un autre genre qui s'attache à la pièce de

(1) P. 228. — (2) P. 465.

M. Perrin (1) : la fracture s'étendait du bord antérieur du grand trochanter vers la ligne âpre, et le col avait pénétré dans la base du grand trochanter. On avait remarqué dans ce cas un caractère qui, sans être tout à fait exceptionnel, est cependant rare; c'était une rotation très manifeste du membre abdominal en dedans. Ce caractère, depuis qu'il a été signalé par A. Paré et J.-L. Petit, a été observé un assez bon nombre de fois; vos bulletins en contiennent des exemples, et d'autres sont tirés de la pratique de Desault, Dupuytren, A. Cooper, Guthrie, Sanson, Hervez, Velpeau. Or, l'explication de ce symptôme a naturellement préoccupé les chirurgiens; M. Perrin la trouve, pour le cas qu'il vous a soumis, dans l'obstacle qu'opposerait à la rotation en dehors la partie antérieure de la capsule articulaire restée intacte, ce à quoi votre secrétaire a objecté que l'on ne comprenait guère que la partie antérieure de la capsule, qui, dans l'état sain, permet la rotation en dehors, non seulement s'y opposât après la fracture, mais encore gouvernât un mouvement inverse. L'idée de Guthrie, qui attribue tout à l'action des muscles rotateurs en dehors, n'était pas soutenable ici; le grand fessier ayant conservé en grande partie ses attaches au fragment inférieur, il fallait donc se retrancher dans l'opinion de M. Hervez, qui attribue la rotation en dedans au mode de pénétration du fragment supérieur dans l'inférieur, pénétration évidemment placée sous la dépendance immédiate de la direction de la violence extérieure qui produit la fracture.

L'étude des lésions vitales des os avait joué un grand rôle dans les bulletins des années précédentes; et vous avez entendu M. Denucé vous rappeler les recherches de notre collègue, M. Broca, sur les lésions de nutrition du tissu osseux, auxquelles il rattache les diverses sortes de ramollissements. Cette année, quelques pièces confirmatives des idées de notre collègue sont venues s'ajouter aux nombreux faits qu'il avait accumulés déjà; je n'ai pas à y insister.

Mais il est une affection du système osseux, de date très ancienne, sans nul doute, et d'étude assez récente, qui a, cette année et les précédentes, occupé quelques-uns d'entre vous; je veux parler de l'inflammation du tissu médullaire, envisagée dans

(1) B. décembre.

ses diverses périodes et dans ses diverses formes. Votre secrétaire a pensé que l'ostéomyélite pouvait s'offrir à trois degrés, dont les conséquences ne sont pas les mêmes. C'est ainsi que, dans un premier degré, le tissu médullaire, d'un rouge vif, contient plus de sang et beaucoup moins de tissu adipeux; sa vascularité ayant augmenté, la vie y devient plus active. L'absorption des couches osseuses internes se fait plus vite au sein de ce tissu enflammé, et il en résulte que le canal médullaire s'agrandit. Si le tissu médullaire d'un os spongieux est pris de phlegmasie, c'est sur les lamelles osseuses que portera son énergie d'absorption, d'où la raréfaction de ce tissu; vous avez pu vous convaincre de ces effets sur un fémur que vous a montré M. Bauchet (1). Dans un deuxième degré, il s'épanche au sein du tissu médullaire un blastème dans lequel se dépose du tissu osseux; et alors, au lieu de voir le canal s'agrandir, vous le trouvez oblitéré; vous n'avez peut-être pas oublié la remarquable pièce que M. Perdrigon vous fit voir il y a quelques années, et où cette oblitération du canal dans un de ses points était très évidente; le tibia que vous a montré M. Arrachard (2) offrait les mêmes résultats. Mais l'inflammation continue dans ce tissu osseux de nouvelle formation, elle devient suppurative, et alors vous allez voir se nécroser ces parties osseuses nouvelles; vous aurez des séquestres sans que l'os ancien ait rien perdu. Cette période d'ostéomyélite plastique manque souvent; l'inflammation est suppurative, et alors vous rencontrez au sein du tissu médullaire des cavités plus ou moins larges, limitées par une membrane, et contenant un pus jaunâtre quelquefois fluide, le plus souvent assez concret; c'est l'abcès du tissu médullaire que l'on a quelquefois, lorsqu'il est peu volumineux, confondu avec le tubercule sur la pièce de M. Vautier (3), vous rencontriez un bon nombre de ces abcès petits et circonscrits. J'ai pu moi-même vous faire voir un tibia qui en contenait cinq ou six (4); et sur le fémur que vous a montré M. Arrachard, le canal médullaire était creusé d'une vaste cavité anfractueuse contenant du pus; tout le canal médullaire en était rempli chez le malade de M. Marcé (5).

Enfin, messieurs, vous avez vu que l'ostéomyélite un peu

(1) P. 220. — (2) P. 119. — (3) P. 224. — (4) P. 336.

(5) P. 60.

étendue coïncidait avec l'ostéite et la périostite, mais qu'elle pouvait exister seule, pourvu qu'elle fût circonscrite.

Vous devez à M. Rouget (1) la description d'une altération insolite du tissu osseux. Notre collègue vous a montré un crâne à sutures ossifiées, et dont les os avaient une dureté et une épaisseur remarquables. Le pariétal gauche offrait une petite dépression, siège d'un abcès ancien ; mais, au centre de l'os frontal, on voyait une vaste excavation dont le fond était formé par la dure-mère. Cette large perte de substance s'était faite pendant la vie du malade, et sous le premier séquestre on trouvait une matière épaisse, grise, caséuse, très fétide, analogue à un mastic, et que M. Rouget désigne du nom de *phymatoïde*.

Cette même matière remplissait les sinus frontaux sans que la muqueuse en fût altérée. La production de cet amas phymatoïde a préoccupé M. Rouget, qui nous a appris que son observation n'était pas unique, puisque MM. Gosselin et Robin en avaient rencontré chacun un exemple, et que trois autres appartenaient à M. Follin. La malade de M. Rouget avait eu autrefois des chancres, puis, dix-sept ans plus tard, sans accidents secondaires, quelques abcès circonscrits du cuir chevelu, ce qui ne permet guère de rattacher la production de la matière phymatoïde à la syphilis, d'autant plus que chez les malades de MM. Robin et Follin, on ne pouvait invoquer cette cause. L'examen microscopique n'a fait reconnaître aucun des éléments du tubercule dans cette matière qui, tout entière, se trouve formée de gouttelettes et de granulations graisseuses, de granulations grises amorphes et d'un grand nombre d'aiguilles cristallisées d'acide stéarique libres et isolées.

En raison de la fétidité de ce produit, M. Rouget est porté à le considérer comme un résultat de la gangrène des parties molles du tissu osseux. Cette opinion appartient tout entière à notre collègue ; c'est aux recherches ultérieures à l'infirmier ou à la démontrer.

Lésions des articulations.

Les lésions des jointures ont été moins nombreuses que les années précédentes ; cela s'explique par ce fait que, dans ces

(1) P. 333.

derniers temps, l'étude de plusieurs maladies articulaires était à l'ordre du jour dans la Société, de sorte que ce chapitre s'en est trouvé plus rempli. Cependant, si les présentations relatives aux affections des articulations ont été assez rares, quelques-unes, en revanche, furent des plus instructives.

Nous devons à M. Bidard deux cas de luxations de l'épaule, qui, toutes deux, offrent un grand intérêt.

Les luxations anciennes non réduites entraînent, dans la disposition des surfaces articulaires, des déformations qui bientôt s'opposent à la réduction et aux mouvements du membre. Mais, messieurs, ces déformations peuvent se montrer dès le principe, et la même violence qui a séparé les surfaces articulaires peut, en produisant cette disjonction, altérer la forme de ces surfaces; c'est ce que nous a offert la première observation de M. Bidard (1) :

Un vieillard se luxe l'épaule droite dans une chute sur la partie postérieure de cette région; la réduction est faite cinq jours après l'accident; le malade meurt vingt-sept jours plus tard des suites d'une fracture du col du fémur produite en même temps que la luxation. Or, l'autopsie fait voir que le bord antérieur de la cavité glénoïde a disparu; la partie correspondante du bourrelet glénoïdien se trouve refoulée en bas sous forme d'une bandelette reconverte, d'un côté par le cartilage articulaire, et de l'autre par le tissu osseux détaché. La tête humérale, de ce côté, a subi une perte de substance au niveau de son bord postérieur, et présente dans ce point une surface plane régulière, comparable à une section faite par une scie conduite perpendiculairement de la surface cartilagineuse à la base du grand trochanter. Sur cette face, on trouve quelques plaques cartilagineuses et osseuses qui paraissent comme incrustées dans le tissu spongieux de la tête humérale.

Ces déformations des surfaces articulaires ont été produites en même temps que la luxation, ainsi que l'établit parfaitement M. Bidard dans son observation, et la tête humérale paraît avoir subi une sorte de tassement de son tissu. Vous comprenez tout de suite l'importance d'une pareille disposition.

Un autre obstacle à la guérison radicale des déplacements ar-

(1) P. 163.

ticulaires, c'est l'obligation où se trouve le chirurgien de maintenir le membre dans une immobilité nuisible au jeu ultérieur des surfaces articulaires; c'est en vue d'éviter cet accident que l'on a hâte, en général, de rétablir la mobilité du membre. Rien ne serait donc plus utile, en pratique, que de savoir à quelle époque précise ces mouvements sont permis. Or l'observation de M. Bidard peut fournir un élément pour la solution de cette question, puisque la déchirure de la capsule articulaire était complètement cicatrisée au bout de vingt-sept jours.

La seconde luxation de l'humérus qui vous a été présentée par M. Bidard (1) avait été produite par le passage d'une roue de charrette sur la partie antérieure de la région, et s'accompagnait de dégâts considérables. Outre la fracture multiple de six côtes de l'omoplate, presque tous les muscles péri-articulaires étaient largement déchirés, en même temps que la capsule à sa partie postérieure, de telle sorte que la tête humérale ballottait dans le creux axillaire comme dans une vaste poche. A l'autopsie, on a pu s'assurer que la tête humérale se logeait en entier dans la fosse sous-épineuse; c'est donc là une luxation en arrière complète, mais qui n'autorise pas à rejeter les idées régnantes à cause de l'étendue des lésions concomitantes. Et, parmi ces lésions, la plus curieuse sans contredit était l'arrachement, à leur insertion claviculaire, des deux ligaments épais qui unissent cet os à l'apophyse coracoïde, sans que l'extrémité externe de la clavicule et l'acromion eussent changé de rapport. C'est là une variété de luxation incomplète de la clavicule, que les auteurs n'ont pas encore mentionnée, et dont on aurait difficilement soupçonné la possibilité, la fracture de l'os paraissant devoir plutôt se produire sous l'action d'une cause directe aussi puissante.

Je ne veux pas quitter les luxations de l'épaule sans vous rappeler ce cas de luxation sous-scapulaire simple que vous a montré M. Rombeau (2), et dont la réduction fut suivie d'arthrite suppurative. Ces exemples de suppuration articulaire, sans être aussi rares après la réduction qu'avant, sont exceptionnels quand la luxation ne s'accompagne pas de fracture ou de larges déchirures. Néanmoins, les recueils en contiennent des exemples. A. Cooper en cite deux cas pour la luxation du fémur; M. Flaubert en a

(1) P. 265. — (2) P. 396.

rapporté un semblable ; vous avez entendu M. Axenfeld vous en citer un, et M. Gaujot vous rappelle celui qu'il a pu observer cette année même dans le service de M. Gosselin. Vous remarquerez, messieurs, que ces cas de suppuration articulaire après la réduction se rapportent à la luxation de la hanche, et je n'ai trouvé mentionné que celui de M. Rombeau pour les luxations de l'épaule, car dans le cas publié dans le journal *Dublin medical Press* (1843), il s'agissait d'une luxation datant de quarante-huit jours, sur laquelle on conçoit que la réduction ait pu produire des désordres graves.

L'histoire rigoureuse des luxations du rachis date en quelque sorte d'hier et est bien loin d'être faite ; un grand intérêt s'attache donc aux deux observations que nous devons à M. Landry. S'il a fallu le célèbre mémoire de Louis, lu le 18 avril 1774, à l'Académie de chirurgie, pour appeler l'attention sur ce point, on peut dire qu'en ce qui concerne la région cervicale les matériaux se sont accumulés en assez grand nombre pour ébaucher la description des luxations dans cette région, et vous avez tous présentes à l'esprit les mémorables discussions auxquelles se sont livrées les sociétés savantes pour l'interprétation de ces faits. Ici, la Société anatomique aurait bien sa part à revendiquer. Mais lorsqu'on arrive aux déplacements traumatiques des vertèbres dorso-lombaires que les anciens, confondant les fractures avec les luxations, regardaient comme les plus fréquents, réellement nous manquons de matériaux. On rencontre bien une dizaine d'observations de déplacements de ces vertèbres, mais s'accompagnant de fractures. Et si l'on cherche les luxations dorso-lombaires sans fracture, la science est si pauvre que M. Richet a pu dire, en 1851, que cette lésion traumatique devait être rangée parmi les fractures plutôt que parmi les luxations. Aujourd'hui, messieurs, cette opinion ne serait plus admissible, et la Société anatomique possède deux faits qui, joints à ceux de Melchiori, peuvent servir de point de départ à l'étude des luxations sans fracture des vertèbres dorso-lombaires.

Dans les deux observations recueillies par M. Landry dans le service de M. Robert (4), la lésion a été bien évidemment produite par une flexion forcée de la colonne vertébrale. Dans l'un

(4) P. 402, 407.

des cas, c'était la cinquième vertèbre dorsale qui était luxée en arrière sur la sixième; dans l'autre, la douzième dorsale avait aussi subi le même déplacement sur la première lombaire; dans les deux cas, les apophyses articulaires de la vertèbre supérieure étaient éloignées de 1 centimètre de celles de la vertèbre inférieure, les ligaments étaient rompus, et le disque intervertébral arraché restait adhérent à la vertèbre inférieure; il est impossible de douter de la réalité de ce déplacement, vous le trouverez décrit avec tous ses détails dans les observations de M. Landry. Or, dans les trois cas cités par M. Melchiori (*Gaz. méd. Etats sardes*, 1850), ainsi que nous l'a appris M. Marcé dans son rapport (1), deux fois la luxation a eu lieu en avant, et dans le troisième cas seulement elle était en arrière: c'était alors la neuvième dorsale qui était déplacée sur la dixième.

Nous devons nous borner à enregistrer ces deux cas très bien observés; il serait prématuré de se livrer à des considérations que des faits ultérieurs pourraient venir renverser. Permettez-moi d'ajouter toutefois que l'altération grave de la moelle dans ces deux cas a déterminé une paralysie qui a permis à notre collègue de continuer ses recherches sur la sensibilité et la motilité.

Les corps étrangers articulaires, dont l'histoire se trouve dans vos bulletins plus complète que partout ailleurs, ont encore été cette année l'objet de votre attention. Votre secrétaire a pu vous faire remarquer leur grande fréquence, et dans les divers exemples qu'il a mis sous vos yeux, il a cru devoir insister sur cette particularité, que les corps étrangers les plus mobiles deviennent fixes dans certaines positions bien déterminées du membre, par exemple dans l'extension. Cette fixité momentanée, ils la doivent à la pression que les ligaments ou les capsules articulaires exercent sur eux, et en vertu de laquelle ils se trouvent appliqués sur les surfaces osseuses: je ne doute pas que ce ne soit là une des sources de l'opinion de certains chirurgiens, qui veulent que les corps étrangers articulaires soient une lésion fort rare. Tout ce qu'on peut dire, c'est que, si elle est rare dans les services d'hôpitaux, elle est extrêmement fréquente dans les amphithéâtres d'anatomie.

(1) P. 409.

Aux maladies articulaires se rattache d'assez près une communication de M. Gaujot, relative aux résultats fournis par l'amputation médio-tarsienne selon la méthode de Chopart. Vous avez vu, dans la pièce que nous a montrée notre collègue, que de nombreuses ulcérations entouraient le moignon et conduisaient à des trajets fistuleux, qui eux-mêmes menaient sur le calcanéum et l'astragale atteints de carie.

Le malade qui a fourni cette pièce a pu marcher pendant trois ans ; M. Gaujot vous a fait remarquer que l'élévation du talon n'était pas très marquée, que l'astragale n'avait point subi ce mouvement de progression en bas et en avant sur lequel insiste tant M. Sédillot ; et, dans l'opinion de notre collègue, la difficulté de la marche n'a point pour raison principale la nouvelle disposition anatomique des os, mais bien plutôt les maladies qui viennent s'emparer du moignon ; il rappelle à cette occasion un opéré de Roux, chez lequel ces complications n'arrivèrent pas, et qui marche avec facilité. Vous ne serez pas surpris de voir cette importante question de chirurgie pratique, aujourd'hui si controversée, seulement signalée dans ce compte rendu : l'un de nos collègues prépare un rapport où elle sera, sans nul doute, envisagée sous toutes ses faces.

Vous avez encore présente à l'esprit la description, que vous donnait l'année dernière M. Denucé, d'une maladie singulière des articulations décrite par M. Broca : il s'agit de ces dépôts blancs, comme crayeux, qui forment une couche plus ou moins épaisse à la surface des cartilages articulaires. M. Dufour (1) nous a fait voir une pièce qui vient confirmer de tous points la description donnée par M. Broca : c'étaient toujours ces couches d'un blanc mat recouvrant les cartilages articulaires, et, dans ce cas particulier, aucun n'en était exempt, l'affection s'était généralisée ; on voyait de plus le dépôt blanc pénétrer dans l'épaisseur du cartilage, et l'on en rencontrait quelques plaques dans les ligaments et le tissu fibreux péri-articulaire ; les plaques étaient formées d'urate de chaux et d'ammoniaque, et comme dans les cas observés par M. Broca, ces articulations étaient celles d'un goutteux. Cette bizarre altération, qui n'a eu place que dans nos bulletins, se trouve confirmée par un fait plus complet, peut-être, qu'aucun autre observé jusqu'à présent.

(1) P. 358.

Vous savez, messieurs, que M. Broca ne s'est pas contenté de signaler cette affection, et que notre collègue a porté son attention sur toutes les lésions des cartilages.

L'idée qui l'avait dirigé alors, il ne l'a pas abandonnée depuis, et c'est en poursuivant son œuvre de réhabilitation pathologique des tissus non vasculaires qu'il en est venu à vous présenter des considérations intéressantes sur les maladies de la cornée et de la capsule cristalline.

M. Malgaigne a nié les cataractes capsulaires, et ce n'était pas sans raison, alors que rien encore n'en démontrait l'existence; M. A. Richard, dans sa thèse, est allé plus loin encore, puisqu'il a nié la possibilité de ces cataractes. Cependant M. Broca vous a montré une véritable cataracte capsulaire; l'opacité siégeait bien alors dans l'épaisseur de la capsule, et non, comme on l'a dit, à l'une de ses faces, et de plus cette capsule, dans les points où elle était encore transparente, avait subi une altération véritable de structure, que notre collègue compare à la fissuration des cartilages. Vous voyez tout de suite l'utilité de la négation de M. Malgaigne; dans cette question comme dans celle des luxations, comme dans celle des hernies, les assertions de ce chirurgien ont engagé à y regarder de plus près.

La cataracte capsulaire n'est pas possible, disait-on théoriquement, car la capsulè ne contient pas de vaisseaux, elle ne peut être malade; ce n'est pas vous qui vous laisserez prendre à cette assertion. Et puis la cornée, l'ivoire des dents, ne seraient jamais malades. Que l'on nie donc aussi les maladies du cristallin, car si la capsule n'a pas de vaisseaux, à *fortiori* la lentille cristalline en manque.

Ces raisonnements ne peuvent donc nous ébranler, et d'ailleurs les faits parlent bien plus haut : la cataracte capsulaire existe, et la Société anatomique en a vu deux cas cette année.

Mais quelle est la nature du travail morbide qui peut entraîner l'opacité de cette capsule? C'est ici que se remarque la puissance des déductions en physiologie pathologique, puissance que notre collègue applique si heureusement. La capsule cristalline ne contient pas de vaisseaux, donc elle ne s'enflamme pas, donc ce n'est pas la capsule qui produit l'opacité; mais n'ajoutons pas : donc elle ne saurait être malade; ce serait rétrograder de trente ans, époque à laquelle toute maladie était une inflammation, et où

ces pauvres tissus non vasculaires étaient considérés presque comme des parasites. On avait été cependant forcé de faire grâce à la cornée, dont on ne pouvait nier les maladies; mais, comme on admettait des kératites, pour être logique, on supposa dans la cornée des vaisseaux que personne ne peut voir à l'état normal, ou bien on se trouvait condamné à admettre des inflammations sans vaisseaux; on le fit, sans s'en douter, en créant des kératites vasculaires et des kératites non vasculaires.

Voyez, messieurs, la contradiction qui rend l'erreur flagrante, M. Broca la fait ressortir. On avait créé le mot *kératite*, il fallait le légitimer. D'après notre collègue, la cornée ne peut s'enflammer primitivement, et la kératite alors est un mythe que l'on a tort de poursuivre par les sangsues et la diète. Mais cependant il y a des maladies dans lesquelles la cornée se montre très vasculaire. Seroient-ce donc là des kératites véritables? Vous remarquerez qu'avant de se vasculariser ainsi, la cornée a été malade au préalable, il a existé une lésion primordiale qui a changé la structure, partant la nature de son tissu. Cette affection première n'est pas une inflammation, c'est une de ces lésions propres aux tissus non vasculaires, et qui donne à ces tissus un caractère de confraternité; ainsi, les cartilages sont malades à leur façon, la cornée est aussi malade à sa façon, il en est de même de la capsule cristalline; seulement ces derniers organes malades se vascularisent plus facilement que les cartilages. Ces déductions s'appuient encore sur les recherches de M. Broca, relatives à la cicatrisation des plaies de la cornée, qui se font sans qu'il intervienne des vaisseaux. Au moins neuf fois sur dix, la plaie se referme sans que le moindre vaisseau parvienne à la cornée, à moins que la cicatrisation ne se fasse attendre; alors on voit quelques vaisseaux vers le dixième jour.

Toutes ces assertions sont établies dans le mémoire de notre collègue (1), ce sera donc dans ce travail qu'il faudra les étudier; l'analyse que je viens de faire des principaux points n'en saurait être qu'un très pâle reflet. Cependant, messieurs, je ne crains pas de dire qu'il y a dans ces recherches sur les maladies des tissus non vasculaires toute une révolution destinée à marquer dans le domaine de la physiologie pathologique; et une fois de

(1) B., décembre.

plus, c'est la Société anatomique qui, la première, aura marqué le progrès.

Lésions de l'appareil respiratoire.

Les maladies de l'appareil respiratoire n'ont pas été nombreuses, et, en général, elles se rattachent à des idées déjà bien établies.

Cependant je ne passerai pas sous silence une ulcération du larynx que vous a montrée M. Lambert (1), survenue chez un enfant de quatre ans, dans le cours d'une fièvre typhoïde, et qui a nécessité la trachéotomie. Je n'omettrai pas non plus ce cas dans lequel M. Barth (2), appliquant des idées émises par lui dans un travail publié dans les *Archives de médecine*, a pu reconnaître des ulcérations tuberculeuses du larynx, sur ce fait qu'elles s'étaient développées de bas en haut du larynx vers les parties supérieures, tandis que les ulcérations syphilitiques marchent de haut en bas du pharynx vers le larynx.

Vous avez vu aussi un poumon que vous montra M. Maingault (3), et qui était le siège, dans son lobe inférieur, d'une altération particulière que Corrigan a désignée à tort sous le nom de *cirrhose*, altération qui consiste en une sorte de carnification du tissu pulmonaire, s'accompagnant de dilatation uniforme des bronches. Puis vient ce fait de gangrène aiguë du poumon, que vous devez à M. Bourreau (4). MM. Barth (5) et Canuet (6) vous ont montré des épanchements pleurétiques considérables, et M. Millard (7) vous a fait voir une perforation non tuberculeuse du poumon ayant produit un pneumo-thorax. J'insisterai plus longuement sur la pièce remarquable que vous devez à M. Bidard (8). Il s'agit d'un malade qui fut opéré d'un cancroïde de la langue par la ligature. Il allait bien, lorsqu'une quinzaine de jours après l'opération, il fut pris des symptômes d'infection purulente, et mourut. Or, l'autopsie révéla l'existence, dans le poumon gauche, d'abcès multiples, dont un plus considérable s'était ouvert dans le péricarde. Le tissu pulmonaire environnant les abcès n'était pas enflammé. Ce fait va à l'encontre des idées de certains chirurgiens, qui pensent que l'ablation des tumeurs par

(1) P. 89. — (2) P. 148. — (3) P. 88. — (4) P. 77. — (5) P. 72.
— (6) P. 108. — (7) P. 79. — (8) P. 356.

la ligature met à l'abri de l'infection purulente. Enfin, je vous rappellerai ici ces larges ulcérations du larynx rencontrées dans un cas de farcin chronique dont M. Genouville (1) vous a montré les pièces. C'était un cocher qui, quelques jours après avoir pansé un cheval *glandé*, éprouva du malaise, des douleurs rhumatoïdes dans les membres, et fut en proie à une fièvre intense. Lorsque ce malade entra, un mois plus tard, dans le service de M. Nélaton, de nombreux abcès s'étaient formés dans les points douloureux. L'autopsie en a fait constater seize, tous situés sur les membres; on trouvait en même temps de nombreuses ulcérations à fond grisâtre dans le larynx, et la muqueuse nasale, seulement injectée, était recouverte d'un pus qui fut inoculé à un cheval, lequel mourut avec des abcès dans le poumon; et le pus de ces abcès fut inoculé à un autre cheval, qui périt avec les accidents de la morve aiguë.

Si, dans l'observation de M. Genouville, la contagion est directe, n'a-t-on pas rapporté des faits à antécédents obscurs qui ont permis de se demander si l'affection farcino-morveuse peut naître spontanément chez les individus soumis aux mêmes conditions d'habitation, d'atmosphère, que les solipèdes, sur lesquels il est prouvé que la morve peut se développer d'elle-même. Cette question a été résolue généralement par la négative; cependant je me rappelle avoir observé un cas dans lequel le doute était permis.

Chez le malade de M. Genouville, nous retrouvons aussi ces prodromes, dont la thèse de M. Tardieu offre une description si complète, puis le siège des abcès aux membres, ainsi que l'indique encore M. Tardieu. Cependant, il est bon d'ajouter que ces prodromes, malaise, fièvre, douleur, peuvent manquer, que l'on peut rencontrer des abcès sur le tronc. Enfin, quoique la mort ait été la suite ordinaire de cette terrible affection, on sait aujourd'hui que quelquefois la guérison peut se montrer, non pas une guérison momentanée qui a souvent trompé le médecin désireux de voir une issue heureuse, mais une guérison durable, comme dans le cas publié par M. A. Richard et par votre secrétaire dans les *Archives de médecine* (2). Un trop grand intérêt s'attache à l'étude complète de l'affection morveuse depuis la dé-

(1) P. 144. — (2) *Archiv. génér. de médéc.*, 1851.

couverte établie par les travaux d'Elliotson et de M. Rayer, pour que nous ne saisissons pas les occasions qui se présentent d'éclaircir les points encore obscurs de cette étude, et que nous ne nous empressions pas d'enregistrer tous les faits qui passent sous nos yeux.

Lésions de l'appareil de la circulation.

Les maladies si fréquentes de l'organe central de la circulation vous ont fourni cette année encore l'occasion de faire des recherches intéressantes, et vous avez pu étudier bon nombre d'altérations valvulaires, d'hypertrophies, de lésions du péricarde, etc.

Les maladies des valvules du cœur ont été l'objet des méditations des pathologistes modernes, surtout depuis Laënnec et Corvisart. Qui ne connaît à cet égard les beaux travaux de M. Bouillaud, de M. Bizot, de Hope, de Corrigan, de M. Barth, etc. Il n'est nul doute que la science ne soit très avancée sur ce point de l'anatomie pathologique. Ces états morbides se présentent sous des formes diverses : tantôt c'est un simple épaissement du repli ; tantôt cet épaissement, plus marqué, est le siège de concrétions cartilagineuses ou calcaires, de végétations plus ou moins saillantes ; et ces diverses formes entraînent dans la position des valvules, dans leur mode de relation avec l'orifice qu'elles doivent fermer, des modifications qui en sont le principal danger. Tous ces faits sont du domaine vulgaire ; mais ces indurations, ces plaques calcaires, quelle en est l'origine ? Dérivent-elles exclusivement d'une inflammation de la membrane interne du cœur, ou bien sont-elles une de ces lésions qui, dans l'âge avancé, viennent traduire quelque vice dans la nutrition des organes ? Il n'est pas un de nous qui n'ait rencontré sur des vieillards quelques-unes des formes des altérations des valvules, en quelque sorte sans s'en douter, sans que le cœur, dans ces cas, ait paru malade ; et ne sommes-nous pas habitués à ces lésions de nutrition portant dans l'âge avancé leur action sur bon nombre d'organes, et en particulier sur le système circulatoire ? Mais, d'un autre côté, ces altérations se montrent sur de jeunes sujets, sur des enfants chez lesquels, le plus souvent, on a signalé quelques symptômes morbides ; il y a donc de ces lésions qui tiennent à l'inflammation. Quoi qu'il en soit, il est très rare que l'on ren-

contre l'altération simple de l'une des valvules; presque constamment la lésion est multiple, en ce sens que l'orifice est modifié. Ainsi, dans la pièce que vous a fait voir M. Titon (1), l'orifice aortique était rétréci et les valvules insuffisantes; le cœur était en même temps hypertrophié. De même sur la pièce de M. Vidal (2), l'orifice aortique pouvait à peine recevoir l'extrémité du petit doigt, et les valvules avaient subi diverses altérations: ainsi l'une d'elles, épaisse, dure, comme cartilagineuse, surtout à son bord libre, pouvait encore s'abaisser et présentait une perforation recevant une tête d'épingle; la deuxième ne s'abaissait qu'incomplètement, et la troisième était plaquée contre la paroi aortique. Ces valvules étaient donc aussi insuffisantes. Enfin, dans le cas de M. Barth (3), le rétrécissement est extrême, l'orifice aortique est triangulaire, les valvules sont créta-cées et insuffisantes, le cœur hypertrophié. Ces trois observations ne font que confirmer des données déjà acquises à la science; on sait que le rétrécissement aortique s'accompagne souvent d'insuffisance valvulaire, tandis que ce dernier accident sans rétrécissement a été beaucoup plus rarement observé, malgré les recherches que Hope, Corrigan, Henderson, ont fait sur ce sujet.

L'observation que nous devons à M. Gaube (4) offre encore un état plus complexe. Dans ce cas, les cavités droite et gauche du cœur étaient largement dilatées et leurs parois hypertrophiées. L'orifice auriculo-ventriculaire droit était très large, et l'orifice pulmonaire n'était pas sensiblement modifié. Les valvules aortiques étaient bien évidemment insuffisantes; immédiatement au-dessus de l'orifice aortique, en arrière et à gauche de l'intersection des valvules aortiques droite et gauche, se trouvait une ouverture régulièrement arrondie conduisant dans un cul-de-sac qui correspondait à la paroi antérieure de l'oreillette gauche, qui était épaissie à ce niveau. La valvule gauche de l'orifice aortique était percée à sa base d'un trou arrondi, à bords renflés, qui établissait une communication nouvelle entre l'aorte et le ventricule gauche. La lésion la plus curieuse dans cette observation est sans contredit cette variété d'anévrysme qui se trouve au niveau des valvules aortiques, variété beaucoup plus rare, ainsi

(1) P. 38. — (2) P. 45. — (3) P. 72. — (4) P. 186.

que nous l'a appris M. Leudet, que celle décrite par M. Fizeau.

Dans une autre observation de M. Gaube (1), les parois du ventricule gauche étaient épaissies, sans augmentation de sa cavité. L'orifice aortique et l'orifice mitral étaient rétrécis considérablement, et les valvules aortiques, soudées entre elles, portaient des végétations granuleuses crétacées ; elles étaient insuffisantes, ainsi que les valvules mitrales, aussi indurées. Nous avons dans ce fait une coïncidence du rétrécissement et de l'insuffisance valvulaires dans les deux orifices des cavités gauches du cœur.

Sur la pièce de M. Bucquoy (2), vous trouviez un orifice mitral rétréci, non pas à sa base, mais par l'adhérence des deux valves de la valvule disposées de façon à former un cône renfermé et dur qui pouvait à peine livrer passage à une plume d'oie ; la valvule était insuffisante et les ventricules notablement hypertrophiés.

M. Axenfeld (3) vous a fait voir un exemple de rétrécissement mitral avec des éraillures, des valvules qui pouvaient pendant la vie permettre un certain reflux sanguin ; ce serait là une variété d'insuffisance à laquelle cependant il ne faudrait peut-être pas donner trop d'importance.

Vous remarquez qu'aucune de ces pièces n'a offert d'altérations des orifices droits du cœur, et cette sorte d'immunité pathologique dont jouissent les cavités droites a depuis longtemps frappé l'attention des pathologistes, si bien que Bichat, pour s'en rendre compte, avait admis une différence dans la texture de la membrane des cavités gauches et dans celle des cavités droites, et que M. Bizot cherche à l'expliquer par la différence du sang artériel et du sang veineux.

En scrutant avec soin ces diverses observations, qui toutes contiennent une indication précise des symptômes observés pendant la vie, on pourra peut-être y trouver quelques données propres à jeter la lumière sur cette grande question des bruits du cœur, qui semble jouir du triste privilège de devenir d'autant plus obscure qu'on l'étudie davantage.

J'ai déjà eu occasion de rappeler que la communication des cavités gauches et droites par la persistance du trou de Botal est

loin d'être rare ; mais il est moins fréquent que cette communication s'établisse à travers la cloison interventriculaire.

Cependant vos bulletins en contiennent quelques exemples ; d'autres appartiennent à M. Louis, aux docteurs Bertody, Hiff (1), à Ravina, à Norman Chevers ; vous devez à M. Maurice (2) un cas de cette espèce, trouvé chez un enfant de quatorze ans, et d'autant plus curieux que, malgré l'orifice assez large de la base de la cloison, malgré le rétrécissement du calibre de l'artère pulmonaire, il n'y avait pas de cyanose, comme dans la plupart des cas observés.

L'histoire de l'hypertrophie du cœur se lie intimement à celle des altérations valvulaires, avec lesquelles nous sommes habitués à la voir coïncider ; ce n'est pas à dire pour cela qu'elle ne puisse exister seule, et M. Barth (3) vous a montré un cœur d'un volume considérable, dont les orifices étaient parfaitement libres ; la dilatation des cavités avait entraîné celle de ces orifices, et l'on trouvait les valvules insuffisantes. Cette insuffisance serait due, selon M. Barth, à l'élargissement de l'orifice qui, dès lors, ne peut plus être obturé complètement par des valvules dont les dimensions ne se sont pas accrues proportionnellement.

L'hypertrophie peut aussi coïncider avec d'autres lésions : telles sont, entre autres, les adhérences du péricarde au cœur, et Hope et M. Beau ont spécialement attiré l'attention sur cette influence des adhérences péricardiques relativement à l'hypertrophie du cœur. Or, la pièce que M. Goupil (4) vous a montrée était confirmative de cette assertion, puisque le péricarde adhérait dans presque toute son étendue au cœur hypertrophié ; aucun symptôme n'avait révélé cette lésion, pas plus que dans le cas d'adhérence tout à fait complète que vous devez à M. Axenfeld (5) : dans ce dernier cas, toutefois, le cœur avait son volume normal.

Cependant, même dans ces cas, rien ne prouve que l'hypertrophie soit consécutive aux adhérences péricardiques, ou qu'un cœur plus volumineux soit plus disposé à l'inflammation de son péricarde. M. Cruveilhier me paraît avoir réfuté victorieusement les assertions trop exclusives de M. Beau (6).

(1) *Arch. génér. de médéc.*, 4^e série, 1848, t. XVI, p. 375. — (2) P. 401. — (3) P. 104. — (4) P. 248. — (5) P. 361. — (6) *Traité d'anatomie patholog. génér.*, t. II, p. 718.

Ces deux observations infirment donc l'opinion de J. Frank, qui, décrivant cette lésion sous le nom de *symphyse cardiaque*, lui a attribué des symptômes qui conviennent à toutes les maladies du cœur; celle de Saunders, qui avait signalé une sorte de rétraction des derniers cartilages costaux due à la traction du diaphragme à chaque battement du cœur; enfin, celle de Hope, qui a appelé l'attention dans ces cas sur le siège des battements et le mouvement de ressaut. On est ainsi ramené à l'assertion de Laënnec et de M. Bouillaud, que ces adhérences étendues du péricarde peuvent ne pas troubler la santé.

Si, maintenant, des lésions de l'organe central de la circulation, nous passons à celles des vaisseaux, nous trouvons une ample moisson de faits importants.

Ce sont d'abord trois cas d'anévrysmes de la crosse de l'aorte qui méritent d'être rappelés à des titres divers.

Le diagnostic de l'anévrysme de la crosse de l'aorte offre parfois des difficultés réelles, qu'un examen attentif peut cependant le plus ordinairement surmonter: mais pour le clinicien exact, ce diagnostic de la nature du mal ne suffit plus; il faut rechercher les particularités qu'offre le cas livré à l'observation, surtout celles dont il peut dériver quelques notions pathogéniques ou quelques indications thérapeutiques. C'est ce point que vous avez entendu M. Barth faire ressortir dans un cas d'anévrysme de la crosse de l'aorte (1). Un malade offrait à la partie supérieure du thorax une tumeur présentant tous les caractères de l'anévrysme; mais cet anévrysme était-il sacciforme? Le sac contenait-il des caillots, et quel était le diamètre de son ouverture de communication avec l'artère? La saillie que la tumeur faisait à l'extérieur indiquait un anévrysme sacciforme. Dès lors, comme presque toujours dans cette variété d'anévrysme, il devait y avoir des caillots; les battements étaient énergiques, il y avait lieu de supposer que l'ouverture de communication était large, on pouvait alors espérer une guérison. Le malade meurt d'une pneumonie double, et, à l'autopsie, on trouve sur la courbure de l'aorte une poche anévrysmale remplie de caillots et communiquant largement avec l'artère, et, de plus, une destruction du cartilage de la troisième côte droite et une érosion du sternum. Il est juste

(1) P. 2.

d'ajouter, toutefois, que dans l'esprit de M. Barth, les données sur lesquelles repose une pareille précision de diagnostic ne sont que des présomptions.

L'observation de M. Prost (1) est remarquable par le volume de la poche anévrysmale, qui égalait celui de la tête d'un enfant à terme ; par l'oblitération complète du tronc veineux brachio-céphalique gauche, qui est converti en un cordon fibreux ; enfin, par l'immersion dans la poche des débris de la première côte, des extrémités antérieures des trois premières côtes, et la destruction des extrémités internes des deux clavicules.

La pièce que vous a montrée M. Passant (2), dans une de vos dernières séances, pourrait servir de type à la description de l'anévrysme de la crosse aortique. Je me contenterai de vous rappeler le volume considérable de cet anévrysme, la disposition bien évidente en couches concentriques des caillots qui le remplissaient, enfin la largeur de la rupture qui a produit dans la plèvre gauche une hémorrhagie foudroyante.

Tous ces cas se rapportent à l'anévrysme mixte externe ou par érosion ; il n'en était pas de même sur la pièce que je vous ai montrée. Là on voyait sur l'artère iliaque primitive droite trois dilatations anévrysmatiques, ovoïdes, se succédant à un intervalle de $1/2$ centimètre, et deux autres semblables sur l'artère hypogastrique du même côté ; dans ces cas, les parois des poches anévrysmales étaient formées par les trois tuniques artérielles, et à l'intérieur on trouvait cependant des caillots sanguins constants.

Mais, messieurs, la pièce la plus importante relative aux maladies des artères qui vous soit passée sous les yeux, est l'anévrysme disséquant de l'aorte, que vous a apporté M. Goupil (3).

Vous vous rappelez que cette observation, si intéressante, a été l'objet d'un rapport de M. Leudet (4). Je ne saurais mieux faire que de vous présenter une analyse rapide de ce travail, où la question se trouve traitée sous toutes ses faces.

Après avoir montré que nos auteurs classiques se sont tous contentés de reproduire plus ou moins complètement les observations mentionnées par Hope, M. Leudet nous signale les deux mémoires publiés par T. B. Peacock sur ce sujet, et le travail

(1) P. 434. — (2) P. 391. — (3) P. 271. — (4) P. 287.

de Rokitanski. L'anévrysme disséquant, quoique presque toujours observé pour l'aorte, peut cependant affecter d'autres artères, telles que les artères cérébrales, et devenir ainsi une cause d'apoplexie. Quoi qu'il en soit du siège, il y a lieu, avec Peacock, de distinguer plusieurs variétés, ou mieux plusieurs degrés de cet anévrysme. Ou bien, la tunique interne étant rompue, il se fait entre les lames de la tunique élastique une légère suffusion sanguine : voilà un premier degré ; ou bien, le sang ayant décollé les lames de la tunique moyenne, s'est créé un nouveau trajet qui peut communiquer plus ou moins loin avec le canal vasculaire normal ; ou bien, enfin, la rupture est devenue lisse, les tuniques sont disséquées dans une grande étendue, si bien qu'on a pu croire à une affection congénitale. Vous remarquez que, dans les idées de Peacock, le décollement a lieu entre les deux lames de la tunique moyenne, de telle sorte que la couche élastique reste avec la tunique externe. M. Leudet considère comme tout à fait secondaire la solution de cette question, qui lui semble d'ailleurs impossible, attendu que la présence du tissu élastique appliqué à la tunique externe ne saurait être probante, puisque ce tissu se forme de toutes pièces.

Le siège de la rupture a aussi occupé notre collègue, et par l'examen d'un grand nombre de faits, il a pu s'assurer que cette rupture avait le plus ordinairement lieu près de la naissance de l'aorte, quoique dans quelques cas pourtant on l'ait rencontrée tout à fait à l'origine ou à une distance assez éloignée. Ce siège, du reste, n'a aucune influence sur l'étendue de la déchirure, qui est variable, et qui peut ne comprendre que le quart, la moitié de la circonférence du vaisseau, ou ne laisser les deux bouts adhérents que par une languette étroite, comme dans le cas de M. Goupil. Il en résulte, dans cette dernière circonstance, que les deux bouts, tout en s'écartant considérablement l'un de l'autre, ne peuvent cependant se séparer complètement, et que le bout supérieur reste béant, ce qui n'arriverait peut-être pas, d'après M. Leudet, si la rupture était complète, l'artère obéissant alors à sa rétractilité. Il est rare que la déchirure soit oblique ou sinueuse ; ordinairement transversale, elle est limitée par des bords bien nets qui simulent une véritable coupure. L'étendue du décollement a varié dans les diverses observations, ainsi que nous l'apprend M. Leudet. Dans le fait de M. Goupil, la dissec-

tion s'étendait sur l'aorte ascendante et la carotide primitive gauche, tandis que dans un des cas de Rokitanski et dans celui de Laënnec, toute l'aorte descendante, les branches qu'elle envoie à l'abdomen et au thorax, les carotides, étaient le siège de la lésion; c'est là un degré extrême que l'anévrysme disséquant atteint rarement. Cependant le nouveau canal formé par le décollement des membranes, quelle que soit son étendue en longueur, peut faire tout le tour de l'artère, de telle sorte que l'on trouve deux tubes emboîtés l'un dans l'autre; ou n'exister que d'un seul côté de la circonférence du vaisseau, offrant alors un trajet rectiligne, quelquefois sinueux, pour aller s'ouvrir sur l'un des points du système artériel; dans le cas de M. Goupil, la dissection était sensiblement complète. Les plaques crétacées apportent un obstacle à l'étendue du décollement. M. Leudet s'est encore assuré qu'il n'est pas rare de rencontrer les tuniques artérielles parfaitement saines au niveau de la déchirure, comme cela se remarquait sur la pièce de M. Goupil. Enfin, messieurs, si je vous rappelle que le plus souvent, dans ces cas, le cœur est hypertrophié, que l'anévrysme peut s'ouvrir dans une cavité voisine, le péricarde en particulier, et qu'il n'est pas rare de rencontrer un ramollissement cérébral concomitant, je vous aurai énuméré les principaux détails de l'anatomie pathologique de l'anévrysme disséquant qui a fait l'objet des recherches de M. Leudet. Notre collègue ~~n'a pas pu~~ nous fournir des renseignements aussi circonstanciés sur l'étiologie et les symptômes de cette affection, attendu que les observateurs se montrent très sobres sous ce rapport; cependant il vous signale chez le malade de M. Goupil, la perte de connaissance, la dyspnée, la douleur vive sous-sternale, comme phénomènes initiaux, puis les signes de l'anévrysme de l'aorte avec insuffisance aortique, enfin les symptômes cérébraux. M. Leudet a traité la question en analysant tous les faits connus. Grâce à son mémoire, vos Bulletins contiendront l'histoire la plus complète, quant à présent, de cette variété d'anévrysme.

De l'anévrysme disséquant à la rupture de toutes les tuniques artérielles, il n'y a qu'un pas, et ce pas je le franchis pour vous parler d'un rapport de M. Gaujot (1) sur une observation présentée par M. Bailly. Un homme saute par la fenêtre d'un

(1) P. 317.

quatrième étage et se tue. A l'autopsie, on trouve le sternum brisé en trois points, les dix dernières côtes gauches fracturées, ainsi que la colonne lombaire et le bassin. La tête de l'humérus gauche est broyée; mais en outre, et c'est là le point capital, l'aorte était rompue à son origine, le péricarde largement entr'ouvert, et le poumon lui-même déchiré en plusieurs points.

Ces déchirures du poumon existaient sur le poumon gauche, ce qui n'a pas lieu de surprendre, puisque de nombreux fragments costaux faisaient saillie vers la plèvre de ce côté; mais on en trouvait aussi de très larges sur le poumon droit, et la paroi thoracique était intacte de ce côté.

On ne saurait guère comprendre la production de cette lésion sans avoir recours au mécanisme indiqué par M. Gosselin dans les cas de contusion violente du thorax. Vous savez que ce chirurgien, dans son mémoire inséré parmi ceux de la Société de chirurgie, pense que le poumon, pressé par l'affaissement du thorax sous l'influence d'une violence extérieure, tend à fuir; mais que l'air étant retenu dans les vésicules par la contraction de la glotte, comme dans l'effort, le tissu pulmonaire, devenu assez consistant, résiste d'abord, puis peut se déchirer au lieu de s'affaisser. Ces idées sont appuyées sur les autopsies faites par Hewson et Smith, les observations cliniques de Chaussier et de M. Gosselin. On doit, toutefois, noter que, dans ces cas, les côtes n'étaient pas fracturées.

Les exemples de rupture traumatique de l'aorte ne sont pas fort rares, et l'on pourrait en rassembler un bon nombre d'observations, soit dans vos Bulletins, soit dans les autres recueils.

Mais si vous étudiez avec soin tous ces cas, vous trouverez que, dans presque tous, on a noté une altération préalable des tuniques artérielles. C'est ainsi que Morgagni, dans les deux faits devenus célèbres qu'il a rapportés, pense que la rupture a été favorisée par les altérations chroniques des parois artérielles. Il en était de même dans l'observation du docteur Rose (*Arch. méd.*, t. XVI, p. 283). Dans le cas de M. Bailly, au contraire, il a été bien constaté que les tuniques artérielles étaient parfaitement saines, et la rupture qui occupait la moitié postérieure du calibre de l'aorte, immédiatement au niveau des valvules sigmoïdes, reste tout entière le fait de la violence extérieure, comme dans les observations d'Arnolt, d'Angelis.

Une explication ingénieuse de cette lésion, pour ce cas particulier, a surgi dans la séance même où la pièce vous fut présentée. M. Broca vous a fait remarquer que le cœur, pressé énergiquement par l'affaissement du thorax, retenu qu'il est en haut par les gros vaisseaux qui en sortent, a dû faire irruption en bas et en avant, comme un noyau de cerise que l'on chasse entre les doigts, et du même coup se trouveraient comprises et la déchirure du péricarde et la rupture de l'aorte, par la traction que le cœur, dans sa fuite, exerce sur le vaisseau. Pour ce qui est du siège de la lésion, M. Gaujat vous a fait connaître une cause prédisposante en vous rappelant que l'épaisseur des parois aortiques est moins considérable immédiatement au-dessus du ventricule, et que la minceur est extrême à la face postérieure du vaisseau. Cependant cette manière de voir ne se trouve pas confirmée par l'examen des faits, puisque c'est plutôt au niveau de sa courbure que l'aorte se rompt. Le mécanisme de cette grave lésion nécessite donc de nouvelles études.

Nous sommes déjà loin de l'époque où les caillots sanguins que l'on trouve si souvent dans certains points du système circulatoire étaient la suite nécessaire d'une inflammation de la membrane interne des vaisseaux : c'était le temps où toutes les rougeurs de la face interne des artères ou des veines étaient considérées comme inflammatoires; c'était le temps où, quand on rencontrait sous un caillot sanguin une paroi parfaitement saine, on disait que la phlegmasie ayant été légère, les traces en avaient disparu.

Vos Bulletins fourmillent d'exemples de caillots formés dans les cavités du cœur pendant la vie sans la moindre trace d'inflammation; l'anatomie pathologique de ces concrétions est faite. Nous savons que les cachexies, phthisie, cancer, fièvre typhoïde, que l'état puerpéral, sont des causes réelles de ces concrétions sanguines, soit dans le cœur, soit dans les vaisseaux, et les deux cas de caillots dans le cœur que nous devons à M. Barth (1) et à M. Maingault (2) confirment l'influence de la pneumonie indiquée déjà par M. Bouillaud. Mais ce que nous savons moins bien, ce sur quoi M. Barth a appelé votre attention, ce sont les signes qui indiquent ces coagulations dans le

(1) P. 86. — (2) P. 198.

cœur. Il n'est pas un pathologiste qui n'ait été préoccupé de cette question, et nous avons vu successivement signaler l'étouffement des bruits du cœur, l'anxiété précordiale, la faiblesse du poulx, la dyspnée, tous symptômes communs à un grand nombre d'affections cardiaques ; puis M. Malgaigne indique l'irrégularité du poulx avec absence d'une pulsation sur cinq ou six.

S'il vous fallait une nouvelle preuve de l'influence des cachexies sur la production des caillots, rappelez-vous cette veine cave supérieure que M. Barth (1) nous a montrée oblitérée dans toute son étendue chez une femme dont presque tous les organes contenaient du cancer. Cependant il ne faudrait pas, portant la réaction trop loin, nier l'influence de la phlébite sur la production des concrétions sanguines dans les veines. M. Leudet (2) vous a fait voir cette année dans la veine cave inférieure un caillot sanguin s'étendant jusque dans les veines iliaques et hypogastriques survenu chez une femme atteinte de fièvre puerpérale, et dont les veines utérines enflammées contenaient du pus.

La question a paru plus douteuse dans une autre pièce de M. Leudet (3), où l'artère hypogastrique contenait des caillots anciens, adhérents, en même temps que l'aorte, chez une femme atteinte d'un cancer de l'utérus et d'une maladie du cœur.

Vous savez, messieurs, les modifications que subit le caillot sanguin, comment sa consistance augmente, comment il adhère à la paroi vasculaire, comment celle-ci s'épaissit, comment, en fin de compte, le calibre du vaisseau se trouve complètement et définitivement oblitéré.

Ce n'est pas là le seul mode d'oblitération des vaisseaux ; celle-ci peut se faire sans intermédiaire d'un caillot sanguin. Vous avez vu le tronc veineux brachio-céphalique droit, transformé en un cordon sur la pièce de M. Prost (4) par la compression d'un anévrysme de l'aorte ; mais aucune pièce ne vous a présenté une disposition plus curieuse de ces adhésions des parois vasculaires que celle qui vous fut montrée par M. Verneuil (5). La partie inférieure de la veine cave inférieure était libre et s'insufflait facilement ; mais à partir du niveau des veines rénales jusqu'au foie, le calibre de la veine était fractionné en deux parties longitudinales par des adhérences celluleuses de la face interne de la

(1) P. 4. — (2) P. 145. — (3) P. 250. — (4) P. 131. — (5) P. 246.

paroi, de sorte qu'une moitié de la veine était oblitérée, l'autre restant libre. Les parois, du reste, n'étaient pas injectées ni épaissies, de façon qu'on a dû rester dans le doute pour savoir s'il y avait eu là une inflammation. M. Leudet, à qui la Société doit tant de communications importantes sur les maladies des vaisseaux, et notre président, n'avaient encore rencontré aucun cas de ce genre. C'est donc un fait probablement unique qu'il faut enregistrer.

Enfin vous rappellerai-je, en terminant ce chapitre, la communication que nous devons à M. Arrachard (1) sur un cas de transfusion du sang que pratiqua M. Maisonneuve, et qui fut nécessitée par une hémorrhagie grave due à la section de la carotide externe dans une opération de désarticulation du maxillaire inférieur. Les Bulletins contiennent la description de l'instrument ingénieux qui fut employé dans ce cas et des lésions que montra l'autopsie.

Je n'aurais pas cru devoir vous mentionner une communication relative aux tumeurs érectiles, qui vous a été faite par M. Broca, si elle n'avait soulevé une discussion intéressante. Notre collègue, en même temps qu'il nous montrait une tumeur érectile de la lèvre inférieure, nous mentionnait un cas de tumeur de même nature située dans l'orbite, et dans laquelle on avait passé des sétons. M. Laugier enleva plus tard cette tumeur et la trouva remplie de kystes. Or M. Verneuil se demandait si ces kystes n'étaient pas situés entre deux oblitérations dans le canal même des vaisseaux. Cette question ne fait pas de doute pour notre président, dont vous connaissez la doctrine relative à la formation des kystes placentaires. Cependant des objections ont été produites, et vous n'êtes pas arrivés à une solution définitive sur ce sujet. J'ai cru de mon devoir de signaler cet objet à vos recherches, et je ne doute pas que, grâce à vos efforts, la lumière ne parvienne bientôt à se faire.

Lésions de l'appareil digestif.

Les maladies des organes de la digestion, qui ont été, cette année, soumises à votre examen, sont tellement nombreuses et surtout tellement variées, que je dois renoncer au désir que j'aurais de vous en présenter le cadre complet pour me borner à vous

(1) P. 419.

rappeler les principaux faits en les rattachant autant que possible à certains groupes.

Les rétrécissements de l'un des points du tube digestif reconnaissent des causes variables et affectent des sièges divers. Cependant les deux portions extrêmes, l'œsophage et le rectum, semblent sous ce rapport tristement privilégiées. Tantôt le calibre de l'intestin est diminué par la compression qu'exerce sur lui une tumeur qui lui est extérieure ou une bride qui l'étrangle; tantôt un corps contenu dans son intérieur l'obstrue; tantôt, enfin, la cause du rétrécissement siège dans les parois du canal, qui sont épaissies ou invaginées. A cette dernière circonstance se rattachent les rétrécissements proprement dits, ceux que j'aurai à vous signaler.

C'est d'abord un rétrécissement de l'œsophage dont les symptômes ont été décrits avec grand soin par M. Gély (1), et qui avait son siège à 4 centimètres au-dessus du cardia. Le canal était renflé à ce niveau par une tumeur dure, dont le bord inférieur formait une sorte de bourrelet à l'extérieur. Le calibre de l'œsophage n'avait plus que 1 centimètre. L'examen microscopique fit reconnaître que ce rétrécissement était dû à l'infiltration des parois de l'œsophage par de la matière encéphaloïde qui avait envahi les ganglions voisins. Cette extension de la production hétéromorphe aux ganglions, l'état à peu près sain de la muqueuse, à pu faire penser à M. Broca que peut-être le mal avait débuté par les ganglions, comme on le croyait autrefois. Mais il faut remarquer que sur des lésions moins avancées, on peut constater que le tissu sous-muqueux est le premier envahi par les plaques cancéreuses; que la muqueuse, saine d'abord, ne s'ulcère que plus tard. Notons encore ici le défaut de dilatation du conduit au-dessus du rétrécissement et l'absence de cancer dans les adjacentes organes.

Si dans les beaux jours de l'inflammation on lui avait à tort rattaché tous les rétrécissements du canal digestif, il ne faudrait pas nier qu'il y ait un certain nombre de ces lésions qui sont inflammatoires, et vous en avez vu un exemple dans le rétrécissement de l'extrémité inférieure du rectum que vous a montré M. Marcé (2).

(1) P. 235. — (2) P. 144.

Une autre cause d'altération du calibre du tube digestif, c'est l'invagination qui se trouve si grandement favorisée par la mobilité de l'intestin grêle jointe à sa disposition canaliculée. Or, messieurs, cette invagination peut être simple et offre alors trois cylindres, c'est le cas ordinaire. Mais supposez que la partie supérieure de l'intestin s'engage de nouveau dans la portion déjà invaginée, et vous aurez cinq cylindres : c'est ce qu'offrait le malade de M. Moutard-Martin, et dont l'observation fut publiée par Cayol. Allez plus loin, et supposez encore que l'intestin s'engage dans la deuxième invagination, vous aurez sept cylindres; cette disposition, l'esprit la conçoit, et l'observation de M. Sainet vous en avait déjà fourni un exemple auquel vient s'ajouter celui que vous devez à M. Bucquoy (1). La portion d'intestin invaginée formait une tumeur de 25 centimètres de largeur, de 15 centimètres de circonférence, et commençait à 63 centimètres du pylore. Cette tumeur, que l'on avait sentie sur le vivant, occupait la fosse iliaque gauche. Son extrémité supérieure offrait le bourrelet arrondi, le collier propre à l'invagination intestinale, et en fendant la tumeur, on vit qu'un canal central existait encore dans toute sa longueur et que sept couches d'intestin en formaient les parois. Je remarque dans la description que M. Bucquoy vous a donnée des symptômes, que le malade fut atteint à trois reprises différentes des accidents propres à l'invagination intestinale : une première fois au mois de juillet 1852, puis une deuxième le 24 avril 1853, enfin la dernière le 14 mai. Chaque attaque, si ce n'est la dernière, dura dix à douze jours, après lesquels survint une sorte de guérison dans le premier cas et une amélioration notable dans le second. Serait-ce donc que chacune de ces attaques correspondait à l'invagination d'une nouvelle portion d'intestin ? J'avoue que je serais disposé à le penser.

Vous n'avez pas oublié que l'hiver dernier fut marqué par une épidémie grave de fièvre typhoïde : c'est assez vous dire que les présentations de pièces relatives aux lésions du tube digestif dans cette affection ont été nombreuses. MM. Barth et Lxudet (2), qui surtout ont dirigé leurs recherches sur ce sujet, ont paru s'accorder à trouver dans l'épidémie régnante certains caractères

(1) P. 253. — (2) *Passim*.

anatomiques assez insolites. Ainsi, ils vous ont signalé la tendance aux suffusions sanguines, à la formation d'abcès multiples, et certains détails relatifs aux lésions de l'intestin ne leur ont pas non plus échappé. Je ne saurais même vous rappeler tout ce que ces deux collègues nous ont successivement appris ; leurs études se rattachent à trop d'organes divers pour que je puisse les réunir dans un travail du genre de celui-ci.

Parmi les lésions du tube digestif dépendant d'une autre cause, outre bon nombre d'ulcérations cancéreuses de l'estomac, je mentionnerai une pièce de M. Gély (1), où l'ulcération très étendue a paru offrir un exemple d'ulcère chronique simple, et trois autres dans lesquels les ulcérations dépendaient de l'ingestion de poisons. Dans le fait de M. Boureau (2), les ulcères, peu profonds, multiples, avaient été produits par l'acide arsénieux. Le malade de M. Barth (3) avait avalé de l'acide sulfurique, et la tunique musculeuse de l'œsophage et celle de l'estomac étaient à nu dans une grande étendue. Enfin, dans le cas de M. Leudet (4), c'était l'ammoniaque qui avait causé les désordres consistant dans une destruction très vaste de la muqueuse stomacale convertie en une escarre molle et noirâtre.

Le grand danger des ulcérations du tube digestif, c'est la perforation ; cet accident s'était produit dans l'intestin d'un grand nombre des malades atteints de fièvre typhoïde : dans la pièce que M. Milard (5) vous a décrite avec soin, la perforation, qui semblait se rattacher à une ulcération simple, avait détruit une partie considérable de la paroi postérieure de l'estomac et se trouvait bouchée par le pancréas. Cette obturation de l'ouverture anormale par l'un des organes voisins n'a pas lieu de vous surprendre, car M. Barth nous en a fait voir un bon nombre d'exemples : tantôt c'est la rate, tantôt le foie, tantôt le duodénum, etc., qui devient l'agent de l'obturation.

Parmi les ulcérations tuberculeuses que vous avez vues dans le tube digestif, la plus remarquable a été celle que vous a montrée M. Bignon (6). Les parois de l'estomac d'un enfant de six ans contenaient plusieurs tubercules ; l'un d'eux, qui s'était ramolli, avait produit une ulcération. Les exemples de tubercules de l'estomac sont si rares, que c'est à peine si l'on pourrait en recueillir

(1) P. 8. — (2) P. 178. — (3) P. 108. — (4) P. 363. — (5) P. 205, — (6) P. 244.

cinq ou six cas; j'ai donc cru utile de vous signaler celui-ci à l'observation duquel rien ne manque.

Mais si l'un des points du canal intestinal peut être perforé de dedans en dehors, la même lésion peut se produire en attaquant les parois de dehors en dedans, et ceci me conduit à vous parler de la belle pièce que vous devez à M. Laboulbène (1). Cette pièce provenait d'un homme essentiellement tuberculeux, qui fut atteint trois ans avant sa mort d'un abcès froid dans la région lombaire; cet abcès finit par se cicatriser. Au mois d'avril 1853, le même malade entra à l'hôpital porteur d'un abcès froid dans la même région. Cet abcès faisait saillie sous la peau et fut ouvert avec le bistouri; la suppuration fut longue, et la cicatrisation était encore incomplète, lorsque le malade mourut par suite des progrès de son affection tuberculeuse. Rien chez ce malade n'avait révélé l'existence d'une lésion des os, et l'abcès devait paraître tout spontané. L'autopsie montra une disposition inattendue. Le côlon descendant offrait une petite ouverture qui, par un trajet long et oblique, communiquait avec la poche purulente située beaucoup plus haut. Dès lors, Messieurs, il y avait lieu de se demander si l'intestin n'avait pas été le point de départ de l'abcès, si ce malade, dont le poumon était rempli de tubercules, n'avait pas eu le côlon atteint et perforé par une production du même genre; mais l'absence des symptômes qui accompagnent l'entérite chronique, l'intégrité parfaite de la muqueuse au-dessus et au-dessous de l'abcès, la disposition du trajet de communication, forcent de rejeter cette hypothèse, et dès lors il faut admettre que l'abcès formé spontanément, comme cela a lieu assez souvent chez les scrofuleux, s'est ouvert consécutivement dans l'intestin. Mais ce qui doit surprendre dans ce fait, c'est que l'abcès situé d'abord derrière le carré des lombes, par conséquent en dehors de l'abdomen, au lieu de s'ouvrir sur la peau, se soit creusé un trajet long et oblique pour aller gagner l'intestin. C'est là un de ces cas dans lesquels, comme vous l'a fait remarquer M. Broca dans son rapport (2), le pus a violé la loi que lui avait dictée Hunter, qui voulait que ce produit morbide se dirigeât toujours vers la surface cutanée.

L'indication des produits hétéromorphes qui se déposent au

(1) P. 368. — (2) P. 371.

sein des organes qui constituent les annexes du tube digestif devant trouver sa place ailleurs ; il ne me reste à vous signaler ici que les kystes séreux multiloculaires de la rate que vous a montrés M. Leudet (1). On trouvait dans l'intérieur de l'organe une cavité divisée en quatre ou cinq loges par une séreuse revêtue d'épithélium pavimenteux. C'est là une lésion dont nos Bulletins ne contiennent peut-être pas d'autre exemple. Le fait de M. Desnos (2), relatif à des déchirures multiples du foie sans lésions des parois thoraco-abdominales, offre aussi son intérêt. L'absence d'hémorragie se comprend par la situation de la lésion à la face convexe de l'organe, et la péritonite tardive qui a tué le malade a dû son origine au faible épanchement de bile qu'ont produit les petits canaux excréteurs divisés.

Hernies.

Il ne m'appartient pas de vous rappeler, même succinctement, les célèbres débats auxquels la question des hernies a donné lieu depuis quinze ans en particulier ; de vous faire voir comment les opinions les plus incontestées tendent à se modifier chaque jour, comment les interprétations des mêmes faits ont pu successivement varier. Cependant, messieurs, bien que de ce choc des idées nouvelles contre les idées anciennes il ait jailli de nombreuses étincelles de lumière, l'obscurité règne encore sur beaucoup de points, même pour les plus avancés, et le doute persiste dans l'esprit des autres. L'époque n'est donc pas venue où l'on puisse dédaigner les faits comme un bien superflu ; nous sommes dans la période où plus que jamais on doit les engistrer, en tenant compte de toutes les données que les débats récents ont pu faire ressortir. Vous me pardonnerez alors de vous mentionner, non sans quelques détails, les deux faits de hernies étranglées que vous devez à M. Bidard : ils vous ont paru des plus instructifs.

Une femme âgée de quarante-quatre ans portait depuis huit ans une hernie inguinale gauche qu'elle n'avait jamais maintenue par un bandage, lorsque, le 4 juillet, sans cause appréciable, la hernie devint irréductible et très douloureuse, et une demi-heure après des vomissements survinrent. Le taxis fut pratiqué sans

(1) P. 420. — (2) P. 261.

succès, la malade entra à l'hôpital Saint-Louis. L'opération est pratiquée quatre heures après le début des accidents. On met le sac à découvert, on l'ouvre, il ne contient pas de liquide, l'intestin s'affaisse et on le réduit sans débrider. Le cours des selles se rétablit et la malade meurt le troisième jour de péritonite. L'autopsie révèle comme point important l'injection de la partie inférieure de l'anse intestinale dont la coloration est normale dans les points correspondants à l'orifice du sac. Cet orifice représente un canal de plus d'un centimètre de long, sans épaississement, pouvant recevoir le petit doigt, et l'intestin offrait une sorte de resserrement circulaire facile à distendre.

Vous vous êtes immédiatement demandé s'il y avait là inflammation ou étranglement véritable. L'ensemble des symptômes ne peut, dans ces cas de hernie de petit volume, fournir que des présomptions, et s'il en était autrement, il y a longtemps que toutes les discussions seraient closes. Les antécédents sont ici tout en faveur de l'inflammation. C'était une hernie ancienne non maintenue par un bandage ; ces hernies s'enflamment, mais elles ne s'étranglent pas, dit M. Malgaigne : elles ne s'étranglent pas, car rien ne pourrait les étrangler. Les hernies anciennes n'ont de collet qu'autant qu'un bandage est venu déterminer sur l'orifice ces adhérences de stigmates, cet épaississement qui constituent le collet. Celle-ci n'avait donc pas le droit d'en avoir un ; l'autopsie a démontré que sur ce point la doctrine avait raison. Mais alors la question est résolue, il n'y avait pas d'étranglement, car c'est le collet qui étrangle dans ces hernies : l'anneau est dilaté, il n'est pas doué d'une rétractilité active, tout au plus peut-on admettre son influence dans les cas, si tant est qu'il en existe de bien avérés, où la hernie s'étrangle en se produisant alors que le collet n'a pas encore eu le temps de se former. Messieurs, la question n'est pas aussi simple. Sans doute le collet qui n'existait pas n'a point produit la constriction ; sans doute les anneaux n'étranglent pas quand la hernie est ancienne ; sans doute l'orifice inguinal est si bien libre dans ces cas, qu'on peut le plus souvent faire pénétrer l'extrémité du doigt entre son pourtour et celui de la hernie, exploration que l'on regrette de n'avoir pas vue pratiquée dans ce cas. Mais supposez que la hernie s'enflamme, et ici on ne saurait le contester : le sac ne contenait pas de liquide, l'anse intestinale était rouge, injectée dans sa partie la plus infé-

rieure. Supposez que, sous l'influence de cette inflammation, des gaz se produisent rapidement dans l'anse intestinale et la distendent, il est possible que cet anneau, qui tout à l'heure laissait librement passer l'intestin, devienne relativement trop étroit et serre circulairement cette anse qui s'avance imprudemment vers lui. Ces hypothèses, messieurs, sont des réalités, l'un de nos collègues les a admises dans sa thèse (1) sur l'étranglement herniaire, il en fait l'étranglement consécutif. Vous avez ainsi du même coup l'explication de toutes les particularités qui vous ont frappés dans l'observation de M. Bidard. Vous comprenez surtout cette impression circulaire que portait l'intestin, vous comprenez pourquoi la hernie a pu se réduire sans débridement. Il ne faut pas oublier toutefois que si l'on peut, à la rigueur, admettre ici un certain degré d'étranglement, il ne saurait être qu'un effet; que la cause réelle, primordiale, des accidents, c'a été l'inflammation. Cette distinction porte avec elle son enseignement.

L'intérêt qui s'attache à la deuxième pièce que vous a montrée M. Bidard (2) est d'un tout autre genre. M. Malgaigne, étudiant le mode de développement des hernies, les divise en deux grandes classes : les hernies de l'enfance, qu'il nomme *hernies à canal ouvert*, et celles de l'âge adulte et de la vieillesse, qu'il appelle *hernies à canal fermé*. Les hernies de la première classe, celles que l'on désigne sous le nom de congénitales, que A. Cooper appelait *hernies de la tunique vaginale*, offrent plusieurs variétés. Le testicule n'est pas descendu et la hernie repose sur lui ou s'est fait jour au-dessous de lui (hernie testiculaire) ; le testicule est descendu et le canal péritonéo-vaginal a persisté et la hernie repose sous le testicule (hernie vaginale testiculaire) ; ou bien, ce qui serait le cas le plus ordinaire, un commencement d'oblitération a rétréci le canal péritonéo-vaginal, et la hernie s'arrête à ce rétrécissement au-dessus du testicule (hernie vaginale funiculaire). A ces variétés, il faudra ajouter celle qu'a offerte la pièce de M. Bidard. Un jeune homme de vingt-six ans, n'ayant pas de hernie, du moins tout porte à le croire, est pris, en même temps qu'une hernie inguinale se produit, des accidents de l'étranglement. M. Adolphe Richard l'opère à l'hôpital Saint-Louis. Avant l'ouverture du sac, on ne peut faire pénétrer le doigt entre l'an-

(1) Broca, Thèse du concours d'agrégation en chirurgie, 1853. —

(2) P. 327.

neau inguinal et les parois; on ouvre le sac, et en introduisant le doigt dans sa cavité, on rencontre la constriction assez haut dans le canal inguinal : la réduction ne se fait qu'après un débriement multiple profond. Le malade meurt le lendemain. La hernie est intestinale. La tunique vaginale est complète, si ce n'est qu'immédiatement au-dessus de l'épididyme elle présente une ouverture circulaire percée au centre d'une sorte de diaphragme valvulaire résistant, non dilatable, au-dessus duquel existe une cavité large de 5 centimètres et longue de 3 centimètres. Cette cavité est elle-même limitée en haut par un diaphragme analogue à celui qui la sépare de la tunique vaginale et aussi percé à son centre d'une petite ouverture qui conduit dans une autre dilatation qui contenait la hernie. L'extrémité supérieure de cette véritable poche herniaire est constituée par une ouverture que limite une bride saillante, tendue, tranchante, non complètement circulaire et siégeant à 5 centimètres de l'anneau inguinal externe dans le trajet inguinal. Derrière cet orifice ainsi rétréci se trouve un petit pertuis qui conduit dans un cul-de sac étroit, long de 1 centimètre, et qui, uni au sac herniaire, simule les deux canons d'un fusil double. De l'autre côté, c'est-à-dire à gauche, le conduit péritonéo-vaginal présente la même disposition. Cette considération est de première importance, car elle fait rejeter tout de suite, ainsi que vous l'a fait ressortir M. Bidard, l'idée d'un de ces sacs herniaires à collets superposés dont la formation a été si bien indiquée par M. Cloquet; cela est loin de ressembler à la variété décrite par Cooper sous le nom de *hernie vaginale enkystée*, et qui n'est pour M. Malgaigne qu'une hernie vaginale funiculaire descendant très bas. Cette pièce diffère encore d'une autre appartenant aussi à M. Richard et que M. Broca a décrite dans sa thèse, et dans laquelle il y avait deux rétrécissements valvulaires, dont l'un, représentant le collet du sac, siégeait au niveau de l'anneau inguinal interne, et l'autre indiquait la limite de la tunique vaginale : c'est donc bien là une nouvelle variété que l'on ne peut éprouver nul embarras à expliquer, puisque la même disposition existe des deux côtés. Cette hernie était étranglée, personne n'en peut douter. Comment? Ce n'était pas par l'anneau inguinal : l'étranglement ne siégeait pas à son niveau; cependant la hernie venait de se produire, et dans ces cas c'est l'anneau qui peut étrangler, si les idées nouvelles sont exactes, et cette objec-

tion, M. Bidard l'a posée. Sans doute, il faut que la hernie ait un certain âge pour que le collet l'étrangle, par cette raison bien simple que le collet ne peut étrangler s'il n'existe pas ; et, on le sait, sa formation à l'état de collet véritable exige un certain temps. Mais ici, par une disposition exceptionnelle, la hernie s'est engagée dans un sac muni d'avance d'un collet, et ce collet valvulaire, constitué par le rétrécissement supérieur, représentait un véritable anneau fibreux.

Les cas dans lesquels un sac herniaire contient tout autre organe qu'une portion du tube digestif ne sont pas rares, et M. Duchaussoy vous a fait voir une pièce d'entéro-cystocèle étranglée (1) qui a vivement attiré votre attention. Un homme de soixante et un ans portait une hernie inguinale droite depuis l'âge de dix ans ; cette hernie, mal contenue par un bandage, peu volumineuse, n'avait jamais produit d'accidents, lorsque, le 11 janvier 1853, la tumeur apparut plus volumineuse, et des accidents d'étranglement se manifestèrent. Le taxis ne put réduire la hernie. La kélotomie fut pratiquée le 14 janvier par M. Roux ; on trouva un sac contenant une portion de l'intestin grêle qui ne put être réduit qu'après le débridement. Jusque-là le fait n'offrait rien d'anormal ; mais en dedans du sac herniaire on trouvait une masse irrégulière adhérente aux enveloppes du cordon, que l'on crut être une portion de l'épiploon. M. Roux l'incisa couche par couche ; c'était une portion de la vessie, dont l'ouverture donna issue à une certaine quantité d'urine normale. Une suture fut appliquée sur la plaie vésicale, et une sonde fut placée dans l'urètre. Le malade mourut le lendemain, il n'avait pas uriné depuis l'opération.

L'autopsie, faite avec soin, a démontré que la tumeur herniaire était formée de deux parties distinctes : l'une, constituée par un sac péritonéal contenant l'intestin hyperémié, était située au dehors de la seconde portion formée par une partie de la vessie non recouverte par le péritoine. Ces deux parties étaient parfaitement distinctes l'une de l'autre. La partie herniée de la vessie communiquait, du reste, par un canal étroit avec la portion intra-abdominale de l'organe. Le sac et le péritoine ne présentaient aucune trace d'inflammation.

(1) P. 499.

M. Duchaussoy a pensé que la cystocèle avait précédé l'entéroccèle, et vous avez été portés à admettre cette opinion, en considérant l'innocuité qu'a présentée la tumeur herniaire pendant près de cinquante ans, que le soulèvement des bourses facilitait depuis longtemps l'émission de l'urine, et qu'enfin la vessie avait contracté des adhérences très solides avec les enveloppes du cordon testiculaire. L'innocuité est, en effet, un des caractères de la hernie de la vessie ; la facilité de miction par le soulèvement du scrotum est un signe plus positif, et les adhérences indiquent une certaine ancienneté de la maladie. Mais si l'ordre d'apparition des deux éléments de la tumeur ne vous a pas paru douteux, il n'en est plus de même quand il s'agit de déterminer sous l'influence de quelle cause la hernie vésicale a pu se faire à l'âge de dix ans : sans aucun doute on ne peut invoquer ici les fréquentes rétentions d'urine auxquelles ont recours tous les auteurs ; il faut admettre une disposition congénitale de la vessie, qui a rendu plus intimes ses rapports avec l'anneau inguinal.

L'erreur de diagnostic qui a été commise ici n'a pas lieu de surprendre en face de l'absence absolue des signes indiquant la présence de la vessie dans la hernie, en face surtout de l'aspect particulier qu'avait pris l'organe sous l'influence de l'infiltration graisseuse de ses parois, infiltration dépendant très probablement du repos prolongé auquel avait été soumise la portion de vessie herniée qui ne devait recevoir l'urine qu'exceptionnellement, puisque la portion intra-abdominale avait encore le volume d'une vessie ordinaire. Malheureusement la description de M. Duchaussoy manque de détails sur le mode d'étranglement de l'intestin ; notre collègue, en effet, se borne à dire que l'intestin ne put être réduit qu'après le débridement du collet du sac, et dans l'autopsie il n'est fait nulle mention des parties atteintes par le bistouri dans le débridement : c'est là une lacune regrettable qui enlève à cette observation importante toute sa valeur pour la solution d'une des questions que j'ai dû agiter il y a un instant. Et ici l'examen de cette question était d'autant plus important, qu'il jetait un grand jour sur certains détails de l'observation. Si, en effet, l'étranglement a eu lieu par le collet du sac, comme paraît le penser M. Duchaussoy, cela concorde peu avec l'idée que ce serait la formation brusque de l'entéroccèle qui aurait amené les accidents d'étranglement ; si, au contraire, l'anneau

étranglait, la vessie était étranglée comme l'intestin, et l'on se rend compte des accidents de rétention d'urine survenus si rapidement.

M. le docteur Perrin vous a aussi présenté un exemple de cystocèle bien différent du précédent par les circonstances de sa production (1) : la hernie de la vessie s'accompagnait d'un kyste du bassin. Cette pièce fut trouvée sur un robuste vieillard mort d'apoplexie à l'infirmerie des Invalides, et chez lequel aucun accident n'était venu révéler auparavant l'existence d'une tumeur abdominale. Ce fut donc à l'autopsie que l'on reconnut la présence, entre le rectum et la vessie, d'un kyste à parois épaisses dans certains points, du volume d'une tête de fœtus à terme, et ayant contracté des adhérences solides avec l'aponévrose périméale superficielle. Ce kyste avait franchi le détroit supérieur du bassin en soulevant le péritoine; son siège sous-péritonéal a donc été facile à déterminer ici, la fluctuation y était évidente, et la poche contenait un grand sac d'hydatides renfermant des échinocoques et très peu de crochets libres. Le frémissement hydatique manquait, ce qui, aujourd'hui, n'a plus lieu de surprendre.

Je passe rapidement sur l'étude du kyste intra-pelvien, dont nous avons eu ici un certain nombre d'exemples, et sur lesquels M. Charcot a attiré l'attention dans ces derniers temps, et je dois vous signaler surtout la lésion exceptionnelle dont s'accompagnait ce kyste. La vessie avait quitté en grande partie sa position normale, et on la trouvait dans le scrotum, offrant là tous les caractères de la cystocèle inguinale. Cet organe avait dès lors la forme d'une sorte de bissac contourné en fer à cheval, dont la concavité reposait sur la branche horizontale du pubis du côté gauche. La compression de cette tumeur en produisait l'affaissement en même temps que l'urine s'échappait par l'urètre. Le malade n'avait pas eu, tout porte à le croire, dans ses antécédents, de rétention d'urine. Le kyste, adhérent à la face postérieure de la vessie, ne comprimait pas le col de l'organe. Or, les causes que l'on considère comme entraînant le plus souvent la hernie de la vessie sont la rétention d'urine et les grossesses répétées. Sans aucun doute on ne comprend guère que la vessie

(1) P. 412.

puisse se déplacer pendant une rétention d'urine, car c'est certainement le moment où elle est le moins disposée à passer par l'anneau. Mais la vessie, après avoir été souvent et fortement distendue, reste volumineuse, flasque et molle, de manière que sa partie antérieure demeure placée près de l'anneau, ou peut-être même réellement sur l'anneau, et, dans certaines circonstances, peut y contracter quelques adhérences. La vessie d'une femme qui a eu de fréquentes grossesses est souvent très large et forme une espèce de poche de chaque côté; elle est placée ainsi dans le voisinage de l'anneau inguinal; or cette position de la vessie près de l'anneau explique comment chaque cause de hernie peut la pousser à travers l'ouverture, et plus facilement que l'intestin, puisque le péritoine ne lui fait pas obstacle. Avec de pareils antécédents, on comprend donc le déplacement de la vessie sans avoir besoin ici d'invoquer un vice de conformation de cet organe, comme l'avait fait Méry.

Dans le cas de M. Perrin, il ne semble pas possible, ainsi que l'a compris cet observateur, d'avoir recours au même mode d'explication; le malade urinait librement, la vessie avait son volume normal; il faut donc admettre que le kyste, en se développant d'abord en haut et à gauche, a entraîné le corps de la vessie dans ce sens, puisque consécutivement, sous l'influence d'efforts répétés, la paroi antérieure de l'organe, élevée au niveau de l'anneau, a pu s'y engager. Le péritoine, soulevé par la tumeur, n'a pas été entraîné par la vessie.

Lésions de l'appareil génito-urinaire.

Ce chapitre serait nécessairement fort court si je suivais fidèlement l'ordre que je m'étais tracé jusqu'à ce moment, puisque presque toutes les communications qui vous ont été faites sous ce rapport sont relatives à des productions accidentelles. Vous me pardonnerez d'abandonner ce plan ici. C'est qu'en effet les produits morbides développés dans les organes génito-urinaires tirent de leur situation même une grande partie de leur intérêt, et, à part leur histoire générale, qui est la même que partout ailleurs, et que je ne dois pas tracer ici, ils ont dans ces régions des caractères particuliers.

L'utérus attire fréquemment l'attention des pathologistes:

outre ses déplacements, outre ses variations de volume, ses changements de forme, cet organe éprouve souvent des lésions plus profondes. Tantôt il s'agit, comme dans le cas de M. Grellet (1), de tumeurs d'un volume vraiment incroyable, et dont le développement énorme, non seulement rendait presque impossible tout diagnostic, mais entraînait à sa suite des désordres dont on n'aurait pu soupçonner l'existence ; ailleurs, c'est l'utérus devenu un terrain dont la funeste fertilité a donné naissance à des myriades de produits fibreux, variables par le volume, la forme, la consistance.

Quelques-unes de ces productions, après avoir germé dans le sol qui les a produites, finissent par l'abandonner, ou semblent à peine conserver avec lui quelque rapport à l'aide d'une dernière et faible racine (2). D'autres fois, ces mêmes produits fibreux changent d'aspect, sans pourtant changer de nature, comme dans les pièces de M. L. Blin (3), Icery (4). On dirait que la substance a vieilli, et, au centre du corps fibreux, on retrouve une cavité qui recèle, nageant dans un liquide de nature variable, des débris du tissu fibreux ou fibro-plastique, dont le liquide est venu prendre la place. Une autre fois cette fécondité, en vertu de laquelle on voit naître et se multiplier les tumeurs fibreuses, semble appartenir à tout l'organisme. Dans le cas de M. Leudet (5), des tumeurs de cette nature existaient à l'estomac, au voisinage du pylore, et l'on pouvait certainement s'attendre à ne les pas voir manquer dans les organes qui sont leur siège de prédilection. Ainsi était-il, en effet, et l'on a trouvé des tumeurs dans l'ovaire gauche et dans le ligament large du côté droit.

A ces faits remarquables de productions homœomorphes viennent s'adjoindre quelques cas de kystes de l'ovaire; vous les devez à MM. Bauchet (6), Prost (7), Moynier (8). Le cas de kyste pileux de l'ovaire, rapporté par M. Mauriac (9), observé d'une manière plus complète, aurait peut-être pu jeter un certain jour sur la question pleine d'intérêt de la formation de ces sortes de produits; il eût servi à appuyer ou à combattre l'opinion toute nouvelle que, près de vous quitter, un de nos regrettables, un de nos laborieux collaborateurs, M. Lebert, est venu

(1) P. 156. — (2) P. 10. — (3) P. 52. — (4) P. 135. — (5) P. 39. — (6) P. 10, 12. — (7) P. 154. — (8) P. 244. — (9) P. 163.

déposer comme un nouveau sujet de recherches au sein de cette Société.

Enfin, je vous signalerai deux observations de grossesse tubaire, l'une de M. Pise (1), l'autre de M. Gaube (2). Dans les deux cas, la grossesse s'est terminée par des hémorrhagies graves avec rupture dans la cavité péritonéale et formation de caillots volumineux qui enkystaient le fœtus. Ces deux faits vous avaient été présentés à tort, ainsi que l'a judicieusement remarqué M. Gaillet, comme des hématoécèles rétro-utérines. Dans les deux cas, l'état de la muqueuse utérine, examiné avec soin, a prouvé qu'il n'y avait pas eu formation d'une membrane caduque.

Un bon nombre de productions hétéromorphes vous ont été montrées dans l'utérus ; je rappellerai seulement ici que M. Baudet (3) vous a fait voir un cas de cancer comprenant le col de l'utérus et les ovaires, et coïncidant avec une remarquable hypertrophie du corps de la matrice, et avec la présence de kystes ovariens et tubaires, et de longs chapelets cancéreux qui recouvraient la face antérieure de la colonne vertébrale.

Les organes génitaux de l'homme vous ont aussi fourni quelques sujets d'étude. C'est d'abord une disposition insolite du dépôt tuberculeux dans le testicule qui, sur la pièce que vous a montrée M. Verneuil (4), semblait s'être fait dans l'intérieur même des canalicules séminifères ; c'est le cancer du même organe que vous devez à M. Dolbeau (5), et qui offrait cela de particulier, qu'il contenait, outre un grand nombre de cellules cancéreuses remarquables par la grosseur de leurs noyaux, une quantité très notable de tissu cellulaire et de tissu fibreux, de telle sorte que la tumeur avait pris un aspect particulier. Le cancer n'atteignait qu'un testicule, et c'est là un des caractères que l'on donne à cette affection ; cependant M. Bidard (6) vous a fait voir un testicule cancéreux enlevé chez un homme qui déjà avait subi l'amputation du même organe pour une affection de même nature.

M. Isambert (7) vous a vivement intéressés en vous présentant l'observation curieuse d'un enfant de huit ans traité pour une affection calculuse par un praticien de la ville, et qui

(1) P. 40. — (2) P. 120. — (3) P. 13. — (4) P. 355. — (5) P. 172. — (6) P. 345. — (7) P. 97.

vint, après une pénible agonie, succomber à l'hôpital des Enfants. L'autopsie vint éclairer le diagnostic en montrant que l'hypogastre était rempli par une tumeur du volume du poing ; remplaçant la prostate, cette tumeur refoulait en arrière l'urètre, qui était sain et en rapport immédiat avec le rectum ; elle était accolée à la symphyse pubienne et repoussait en haut la vessie, dont le bas-fond était d'ailleurs rempli de fongosités, de bosselures formées par un tissu qui, comme celui de la tumeur prostatique, fut reconnu être de nature fibro-plastique en majeure partie sans qu'il fût possible d'y démêler les éléments du tissu vésical ou prostatique. Cette tumeur avait été plusieurs fois déchirée par la sonde, qui y creusait des fausses routes ; mais ni ces petites cavités accidentelles, ni le léger ramollissement dont certaines parties étaient le siège, n'avaient pu la transformer en une poche, sorte de vessie surnuméraire, comme cela a eu lieu chez le malade observé par M. Dufour (1). Dans ce dernier cas, une tumeur prostatique de nature tuberculeuse s'était d'abord développée, puis le ramollissement de la masse tuberculeuse avait donné lieu à la formation d'un kyste ou d'une seconde vessie qui, dépourvue de sphincter, ne retenait en aucune façon l'urine ; et comme le col de la vessie et l'urètre étaient en partie détruits, il en était résulté une fistule sus-pubienne. On comprend d'ailleurs que dans ces deux cas, comme dans celui de M. Pise (2), où la présence d'une énorme tumeur hydatique développée dans la paroi vésicale était un obstacle au cours des urines, il y avait eu en même temps les altérations des uretères et des reins qui accompagnent ordinairement la rétention.

Avant de vous signaler le judicieux aperçu dans lequel l'un de nos collègues a résumé l'état de la science sur un sujet que nous ne pourrions jamais trop méditer, l'histologie de la maladie de Bright, je ne ferai que vous mentionner ces singuliers filaments, très longs, cylindriques, fibrineux, que rendit à plusieurs reprises un malade observé par M. Morétin (3), et dont la source a dû être cherchée dans une hémorrhagie des voies urinaires ; puis plusieurs exemples de calculs, soit de la vessie, soit de l'urètre, remarquables les uns par leur volume, les autres par les accidents auxquels ils ont donné lieu.

(1) P. 158. — (2) P. 76. — (3) P. 281.

Un de vos honorables correspondants de Londres, M. Pavy, vous a adressé un mémoire où il défend les opinions que Gluge et Johnson ont émises sur les deux formes que peut affecter la maladie de Bright; c'est ce mémoire qui nous a valu le rapport que je vous annonçais il y a un instant et dans lequel M. Leudet (1), s'appuyant sur les travaux des auteurs français et sur ceux de Reinhardt, Virchow, Gairdner et Frerichs, combattit cette doctrine et établit que les deux formes appelées par l'auteur anglais, savoir : l'altération inflammatoire avec atrophie consécutive et l'altération graisseuse, méritaient bien plutôt d'être considérées comme formant trois stades d'une seule et même affection : l'inflammation simple, l'infiltration graisseuse, l'atrophie des reins.

Je n'arriverai pas à la grande classe des productions accidentelles sans vous rappeler que les maladies du système nerveux que vous avez étudiées cette année ont pu vous convaincre de l'importance des données physiologiques. Relisez l'observation de M. Leudet (2) relative à une tumeur fibro-plastique du cerveau, et vous y verrez comment l'étude raisonnée des symptômes a pu fournir un diagnostic précis; rappelez-vous ce cas d'apoplexie de la protubérance que vous a montré M. Barth (3), celui que vous devez à M. Géry (4), celui de méningite spinale que vous a décrit M. Blain des Cormiers (5).

M. Leudet, dans son compte rendu (1851), vous rappelant les recherches de M. Broca sur la transformation graisseuse des muscles dans le pied-bot, revendiquait pour notre collègue l'honneur d'avoir le premier bien fait connaître les caractères de cette lésion que l'on a plus tard rencontrée dans une maladie désignée sous le nom de paralysie progressive par atrophie musculaire ou d'atrophie musculaire progressive. Eh bien ! messieurs, c'est à notre savant président que la science devra la connaissance de cette singulière affection. Vous avez entendu M. Cruveilhier (6) vous rappeler comment, dès 1832, son attention avait été frappée sous ce rapport, et comment, depuis cette époque, ses études avaient été dirigées en vue de se former une idée nette de cette maladie encore inconnue. Vous avez vu sur les pièces de M. Cru-

(1) P. 278. — (2) P. 362. — (3) P. 113. — (4) P. 224. — (5) P. 219. — (6) P. 49.

veuille cette atrophie considérable, cet état grasseux des muscles. Vous avez pu vous convaincre qu'il y a deux sortes de transformation grasseuse des muscles : l'une sans atrophie du muscle, l'autre, qui est le dernier degré, avec atrophie ; enfin, dans l'opinion de notre président, on trouve en même temps, dans plusieurs points des racines antérieures des nerfs spinaux des atrophies de deux espèces : l'une par macilence, l'autre par absorption complète du tissu nerveux. Cette question a été vivement débattue au sein de l'Académie de médecine, et finalement, malgré la très savante argumentation de M. J. Guérin, la victoire est restée à notre président.

Productions accidentelles.

L'étude histologique et pathologique des produits accidentels a été faite si complètement par mes prédécesseurs que je ne voudrais pas m'exposer à vous répéter ce qui vous a été si bien dit autrefois, et cependant que de matériaux renferment vos bulletins de cette année, que d'éléments d'études, et combien se trouvent confirmées les opinions que professe la Société anatomique dans l'interprétation de cette classe de lésions. Mon but, en vous rappelant quelques-uns des faits qui s'y rapportent, sera de faire ressortir seulement ce que quelques-uns d'entre eux ont présenté d'exceptionnel.

La grande classe des tumeurs homœomorphes a pu s'enrichir de faits importants : témoin ce lipome volumineux que M. Bouteiller vous envoyait de Rouen (1), celui que M. Boullard vous montra sous les muscles du bras (2). Si vous avez vu les productions fibreuses semées avec profusion dans les organes génitaux, vous n'avez pas oublié que M. Rombeau a été assez heureux pour vous en montrer une dans la région palmaire (3), une autre au lobule de l'oreille (4) et une troisième sur le gros orteil (5).

Les productions cartilagineuses elles-mêmes ne vous ont-elles pas montré tous leurs caractères dans la tumeur qui occupait le maxillaire supérieur que vous a présentée M. Denucé (9),

(1) P. 185. — (2) P. 249. — (3) P. 453. — (4) P. 249. — (5) P. 248. — (6) P. 94.

et dans celle implantée sur la tête d'un chat et que vous devez à M. Milard (1).

Et les tumeurs fibro-plastiques que l'on est bien forcé d'admettre maintenant, ne les avez-vous pas vues dans la région sous-orbitaire (2), dans le sein (3), dans la prostate (4), dans le pharynx (5), dans le cerveau (6) ?

Enfin, messieurs, une très belle production cornée recourbée en demi-cercle vous a encore été envoyée par M. Bouteiller (7). C'était une femme des environs de Rouen qui portait cette corne à la partie postérieure de la tête, siège insolite pour une production de ce genre.

Appliquant à l'étude particulière de certaines régions les idées développées ici sur le mode de formation des kystes, votre secrétaire a pu vous présenter sur les kystes du jarret quelques considérations qui lui ont paru éclairer la pathogénie et quelques points de l'histoire clinique de cette affection. Vous avez vu deux exemples de kystes du jarret (8) du volume d'un petit œuf de poule, de forme ellipsoïde, à grand diamètre vertical, reposant sur la face postérieure du condyle interne du fémur et s'avancant, en les soulevant, entre les tendons des muscles jumeau interne et demi-membraneux. Chacun de ces kystes communiquait avec la synoviale articulaire par une fente transversale, à bords déchiquetés, existant sur la capsule fibreuse près de son insertion au fémur. Cette fente ne laissait affluer le liquide du kyste dans l'articulation que lors de la flexion, car, dans l'extension complète, la face postérieure du condyle, appliquée exactement sur la capsule, en obturait l'orifice. Or, si l'on dissèque avec soin le creux poplité, on voit qu'il existe constamment une large cavité séreuse ovoïde sous le tendon du muscle jumeau interne, séparant ce tendon de la capsule fibreuse du condyle et du tendon du demi-membraneux sous lequel elle s'avance un peu. Cette synoviale tendineuse, quoique bien développée dans le jeune âge, ne m'a pas paru communiquer avec l'articulation, mais chez certains sujets adultes, et chez presque tous les vieillards, j'ai rencontré un orifice de communication analogue à celui qui existait sur les pièces pathologiques.

(1) P. 105. — (2) P. 33. — (3) P. 37. — (4) P. 338. — (5) P. 249. — (6) P. 362. — (7) P. 227. — (8) P. 536.

En tenant compte du siège, de la forme, des rapports, on ne saurait douter que les kystes ne fussent dus à l'accumulation de sérosité dans l'intérieur de cette séreuse tendineuse normale. Il existe en outre, au côté externe de la face postérieure du genou, deux autres synoviales ; l'une se trouve placée entre le tendon du muscle poplité et le cartilage semi-lunaire externe, c'est un prolongement de la synoviale du genou ; l'autre existe entre le tendon du même muscle poplité et le ligament latéral externe ; cette séreuse, allongée obliquement, est ordinairement distincte de la synoviale articulaire.

Il faut donc admettre une première variété de *kystes du jarret* qui sont dus à une hydropisie de la synoviale des tendons.

Sur une autre pièce, vous avez vu un kyste parfaitement arrondi, tenant à la capsule fibreuse du condyle externe par un petit pédicule non perforé. Ce kyste n'était réductible dans aucune position du membre. C'est là une deuxième variété de kystes du jarret ; et si l'on considère que les follicules synoviaux existent vers l'insertion fémorale de la capsule des condyles, on sera porté à penser qu'ici s'applique bien l'explication proposée par M. Gosselin pour certains kystes du poignet, à savoir, qu'ils sont dus à l'accumulation du liquide dans un des follicules synovipares. En outre, quand on se rappelle les nombreuses éraillures dont est criblé le ligament postérieur du genou, on comprend que, dans certains cas, il puisse y avoir une hernie de la synoviale à travers ces orifices. Enfin, le creux poplité étant abondamment pourvu de tissu cellulaire, peut présenter des kystes séreux complètement libres, de sorte que l'on doit reconnaître aux kystes du jarret quatre origines différentes, par contre, quatre variétés de ces kystes : 1° l'hydropisie des synoviales tendineuses, ce sera, si l'on veut, le ganglion du creux poplité ; 2° la dilatation des follicules synovipares ou kyste folliculaire ; 3° la hernie de la synoviale articulaire, ou kyste synovial proprement dit ; 4° le kyste séreux libre qui comprendrait deux espèces : le kyste primitivement et le kyste consécutivement libre. La réductibilité de certains kystes dans la flexion du genou, et leur irréductibilité dans l'extension indique qu'il faudra faire l'exploration dans ces deux positions du membre avant de prononcer sur la communication avec l'articulation.

C'est surtout à l'étude des productions hétéromorphes que se

sont appliqués vos efforts dans ces derniers temps. Ici encore, messieurs, permettez-moi d'être bref.

Cette tendance à la multiplicité que je vous signalais dans les tumeurs fibreuses est inhérente au cancer. Vous avez pu souvent vous en convaincre, et les pièces de MM. Barth (1), Charrier (2), étaient remarquables sous ce rapport. Je ne vous mentionne que pour mémoire les nombreux cas de cancer de l'estomac à leurs diverses périodes d'évolution (3). Mais il est quelques pièces plus curieuses par leur rareté : ainsi, M. Parmentier vous a fait voir un cancer de la tête de l'humérus (4) qui en peu de temps avait acquis un développement énorme ; cette marche aiguë n'est pas ordinaire dans le véritable cancer des os.

Ce n'est pas le seul cas de cancer des os que vous ayez vu cette année. M. Barth a rencontré chez un sujet de vingt-sept ans une très belle pièce (5) qui vous montra la production hétéromorphe ayant envahi le corps d'une vertèbre lombaire ne laissant qu'une lame antérieure qui soutenait la colonne vertébrale, puis ayant produit sur la crête iliaque une tumeur qui avait écarté les deux lames de l'os et offrait un aspect rayonné. Dans ce cas, le cancer était mou, gélatiniforme. Il était, au contraire, d'une dureté presque cartilagineuse chez le malade dont M. Genouville vous a donné l'observation (6), et chez lequel le sternum, dans sa moitié inférieure, les cartilages costaux correspondants, la plèvre droite et le poumon lui-même avaient été envahis. Ce vaste désordre n'a paru surpassé que par une tumeur de la même région que vous a bien décrite M. Roussel et qui présentait dans son intérieur un grand nombre de kystes dont la formation vous a paru révéler l'existence d'anciens foyers sanguins (7).

C'est un intérêt d'un autre genre qui s'attache à la pièce de M. Gaujot (8). C'étaient les phalanges du gros orteil, l'extrémité supérieure du fémur, puis la voûte du crâne qui portaient les traces du ravage exercé par le cancer ; mais de plus le produit morbide n'avait pas respecté les sinus, et on le voyait s'avancer à travers le pressoir d'Hérophile dans les sinus latéraux et longitudinaux supérieurs. Vous avez trouvé dans ce fait un nouvel appui aux idées de M. Broca sur la pénétration du cancer dans les veines.

(1) P. 105. — (2) P. 38. — (3) P. 6, 90, 111, 227, 338. — (4) P. 36.
— (5) P. 146. — (6) P. 139. — (7) P. 49. — (8) P. 24.

Parmi les productions parasitaires, les kystes hydatiques du foie ont rempli leur rôle accoutumé, et vous avez remarqué deux kystes hydatiques du bassin, et dont l'un, que vous devez à M. Pise (1), occupait la paroi postérieure de la vessie. Une production d'un autre genre, que vous êtes moins habitués à rencontrer, vous a été montrée par M. Leudet (2). Notre collègue a inséré dans vos Bulletins l'observation complète d'un malade dont le cerveau contenait, répandus dans divers points, dix-sept petits kystes enveloppant un corps membraniforme plissé sur lui-même dans lequel on reconnaissait parfaitement la vésicule caudale et céphalique d'un cysticerque, ainsi que la couronne de crochets qui toutefois n'était pas intacte. Les muscles des membres contenaient ce même parasite.

Je finirais là cette énumération, si je n'avais omis, et à dessein, de vous parler du cas de cancroïde des lèvres que vous a présenté M. Laboulbène (3), et dont les diverses particularités ont été interprétées par M. Broca (4) dans un rapport qu'il vous a lu.

Le malade de M. Laboulbène, dont la lésion était fort étendue à la face, avait offert un engorgement ganglionnaire sous-maxillaire. Il a fourni à M. Broca l'occasion de vous faire connaître le résultat de ses recherches sur les adénopathies épithéliales. Les adversaires des idées nouvelles, forcés d'admettre enfin la distinction histologique établie ici entre le cancroïde et le cancer, ont tiré grand parti de ces engorgements ganglionnaires qui quelquefois accompagnent la production épithéliale. Les ganglions ont été le dernier rempart derrière lequel ils se sont retranchés pour soutenir encore l'identité des deux affections. Messieurs, il ne faudrait pas, en rejetant des faits qui réellement s'observent, donner un semblant de raison à ces conclusions. L'engorgement ganglionnaire qui accompagne si souvent le cancer se montre aussi, quoique plus rarement, dans les tumeurs épithéliales, mais il y a toujours entre les deux lésions cette différence capitale que si le cancroïde envahit, détruit les parties voisines comme le cancer, il ne produit jamais la maladie générale, l'infection qui entraîne la formation des dépôts morbides dans des points éloignés de l'économie. Du reste, ici comme dans le vrai cancer, l'adénopathie revêt deux formes : l'une dans laquelle le ganglion

(1) P. 76. — (2) P. 94. — (3) P. 373. — (4) P. 379.

est le siège d'une inflammation simple, et l'autre dans laquelle un véritable dépôt du produit accidentel se fait dans le ganglion. Cette distinction n'avait pas échappé aux chirurgiens, et Desault, Lisfranc, y avaient particulièrement insisté. Mais alors on confondait pseudo-cancer et cancer. Malheureusement ces deux formes ne revêtent pas des caractères différentiels tels qu'on puisse les distinguer sûrement l'une de l'autre ; et, croire que l'adénopathie qui accompagne le cancroïde sera toujours purement inflammatoire, ce serait aller contre la réalité de faits assez nombreux, puisque M. Broca seul en a recueilli une quinzaine depuis quelques années.

Il faut donc se hâter de proclamer l'existence de l'adénopathie épithéliale, et notre collègue vous en a donné les caractères histologiques. Pour lui, il y a lieu de reconnaître deux formes, ou plutôt deux degrés dans l'engorgement épithélial :

Dans le premier degré, le ganglion épithélial jeune encore, du volume d'une petite noisette, arrondi, régulier, ferme, a une coloration d'un gris-jaunâtre. A la coupe on voit, au sein d'un tissu grisâtre demi-transparent, des petits dépôts d'un jaune plus ou moins opaque, friables, faciles à détacher, et dans lesquels le microscope démontre la présence de larges lamelles épithéliales. Ces lamelles sont libres et possèdent un petit noyau pourvu d'un nucléole et sont susceptibles d'offrir les modifications de forme et de volume propres aux éléments épithéliaux.

Cependant le ganglion peut être plus volumineux, moins ferme, plus friable, d'une teinte jaunâtre dans toute son étendue ; c'est le deuxième degré, et alors le microscope fait voir que toute la masse est épithéliale ; les cellules sont plus larges, irrégulières, souvent sans nucléole, et se trouvent mêlées à un élément caractéristique, les *globes épidermiques*. Ces masses arrondies, volumineuses, entrevues, mais mal interprétées par M. Mayor, sont formées, suivant M. Lebert, par l'accumulation de larges écailles d'épiderme enroulées concentriquement les unes aux autres. La partie centrale, sphérique, assez transparente, représente une sorte de noyau. L'imbrication des écailles n'est toutefois saisissable que dans certaines circonstances.

Les deux degrés ne se distinguent donc l'un de l'autre que par l'envahissement plus ou moins complet du ganglion par la matière épithéliale.

Passant du domaine des faits observables dans le champ des interprétations, M. Broca s'est demandé par quel mécanisme s'opère cet engorgement spécifique des ganglions. Ou bien les vaisseaux lymphatiques de la partie malade absorbent un blastème liquide qui, introduit dans le système lymphatique, donne naissance aux éléments du cancroïde, ou bien les cellules épithéliales s'introduisent en nature dans les lymphatiques, dont elles ont perforé les parois, et s'arrêtent mécaniquement dans le ganglion. Vous devinez, messieurs, que M. Broca, qui a pensé que ce dernier mode de propagation avait lieu dans le développement des cancers successifs des ganglions, a dû être porté par analogie à l'admettre pour l'adénopathie épithéliale.

Ici s'arrête l'analyse que j'avais à vous présenter. Messieurs, mes appréhensions redoublent. Vous allez juger ce travail si imparfait. Veuillez oublier, à ce moment, ceux du même genre que vous avez entendus ces années passées. Veuillez croire que j'ai fait tous mes efforts pour que vous n'ayez pas trop à regretter de m'avoir conféré un honneur auquel je n'aurais jamais cru pouvoir prétendre, et dont, en tous cas, je dois vous remercier ici.

Ont été nommés dans le mois de décembre :

Membres adjoints.

MM. ROUGET, LABOULBÈNE, DOLBEAU, BIGNON, BAILLY.

Membre titulaire.

M. BOULLARD.

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUS

DANS LE TOME VINGT-HUITIÈME.

A

Abscès lombaire ouvert dans le colon, 368, 371.
 — multiples, 107.
 — dans le farcin, 161.
 — dans la fièvre typhoïde, 80.
 — du poumon ouvert dans le péricarde, 356.
 — de la prostate, 106.
 — du rein ouvert dans le poumon, 56.
 — du tissu médullaire des os, 336.
 — de la vésicule biliaire, 396.
 Absence d'une artère ombilicale, 17.
 — de la vessie, 116.
 — d'une vésicule séminale, 156.
 Acide sulfurique (empoisonnement par l'), 106.
 Adhérence du péricarde au cœur, 248, 361, 503.
 Adénopathie épithéliale, 373, 379.
 Albuminurie (étude histologique de l'), 271.
 — (urines dans l'), 218.
 Altération remarquable des os du crâne, 363.
 Ammoniaque (empoisonnement par l'), 363.
 Amputation de Chopart, 339.
 Amygdale (tumeur fibro-plastique de l'), 151.
 Anévrysme de la crosse de l'aorte, 2, 131, 391, 504.
 — disséquant de l'aorte, 276, 287, 505.
 — de l'artère iliaque primitive, 344.
 — des valvules aortiques, 186.
 Anomalie musculaire, 479, 15.
 — du nerf buccal, 109.
 — de l'utérus, 353, 397.
 — du vagin, 397.
 — des ventricules du cœur, 401.

Antéflexion de l'utérus, 22.
 Aorte (anévrisme de la crosse de l'), 2, 131, 391, 504.
 — (anévrisme disséquant de l'), 276, 287, 507.
 — (rupture de l'), 317, 320, 507.
 Aortique (insuffisance), 186.
 — (rétrécissement de l'orifice), 2, 38, 45, 188, 221.
 Appendice de l'intestin, 120.
 Arsenic (empoisonnement par l'), 179.
 Artères cardiaques (dépôts crétacés des), 144.
 Artère hypogastrique (oblitération de l'), 250.
 — iliaque primitive (anévrisme de l'), 344.
 — ombilicale (absence d'une), 17.
 Arthrite chronique sèche, 335.
 — suppurée du coude, 245.
 Articulations (corps étrangers des), 335.
 — (suppuration des), 396.
 Atrophie musculaire, 50, 527.
 — des nerfs optiques, 247.
 — des testicules, 352.
 — d'une vésicule séminale, 105.
 Avant-bras (fracture de l'), 39.

B

Bassin (fracture du), 220.
 — (kyste hydatique du), 76.
 — tumeur fibro-plastique du), 18, 82.
 Biliaire (cancer de la vésicule), 73.
 — (calcul), 248.
 Bronches (dilatation des), 88.

C

Caduque utérine, 49.
 Caillots dans le cœur, 86, 108, 509.
 — dans la veine cave inférieure, 145.

Calcul biliaire, 248.
 — du rein, 115.
 — de l'urètre, 151, 221, 337.
 — de la vessie, 222, 223, 337.
 Canal artériel (persistance du), 1.
 Cancer du crâne, 24.
 — de l'épiploon, 7, 251.
 — de l'estomac, 90, 110, 226, 338.
 — du foie, 16.
 — de l'humérus, 36.
 — du médiastin, 19.
 — multiples, 5, 48, 105, 331.
 — de l'œsophage, 235.
 — des os, 19, 24, 139, 146, 531.
 — de l'ovaire, 257.
 — du péricarde, 146.
 — de la prostate, 338.
 — du pylore, 18, 250.
 — du rectum, 398.
 — du sternum et de la plèvre, 139.
 — du testicule (double), 345.
 — du testicule (simple), 172.
 — de l'utérus, 13.
 — de la vésicule biliaire, 73, 180.
 Cancroïde de la lèvre, 350, 373.
 Capsulite, 423.
 Carte des vertèbres, 253.
 Cartilages (nature de leurs affections), 453, 496.
 — articulaires (concrétions calcaires sur les), 358.
 Cartilage costal (ulcération du deuxième), 23.
 Cataracte capsulaire (sa nature), 423.
 Céphalotribe de M. Depaul, 396.
 Cerveau (cancers du), 331.
 — (cysticerques du), 91.
 — (tumeur fibro-plastique du), 362.
 Cervelet (hémorrhagie du), 224.
 Chopart (amputation de), 339.
 Cicatrisation des plaies de la cornée, 457.
 Cœur (caillots dans le), 86, 108.
 — (hypertrophie du), 104, 251.
 — (maladies des orifices du), 500. (Voy. rétrécissement et insuffisance).
 Colloïde du corps pituitaire, 82.
 Côlon (abcès ouvert dans le), 368, 371.
 Communication entre les deux ventricules du cœur, 401.
 Compte rendu des travaux de la Société pour 1853, 477.
 Concrétions calcaires sur les cartilages articulaires, 358.
 Cornée (cicatrisation des plaies de la), 457.
 Corps étrangers articulaires, 335.

— Corps fibreux de l'utérus, 10, 106, 135, 154.
 — fibreux de l'urètre, 231.
 — jaunes, 148.
 — pituitaire (colloïde du), 82.
 Côtes (fracture des), 36.
 Coude (arthrite du), 245.
 — (os sésamoïde du), 112.
 — (tumeur blanche du), 42.
 Coxalgie, 47.
 Crâne (altération remarquable des os du), 363.
 — (cancer du), 24.
 — (enchondrome du), 106.
 — (fracture du), 39, 40, 107, 170.
 Cubitus (tubercules du), 35.
 Cysticerques du cerveau et des muscles, 91.
 Cystocèle étranglée, 199, 520.

D

Déformation des doigts, 17.
 Derme (hypertrophie du), 177.
 Diastase du pubis, 19.
 Dilatation des bronches, 88.
 Doigts (déformation des), 17.
 Duodénum (tubercules du), 247.
 Dure-mère (ossification de la), 108.

E

Empoisonnement par l'acide arsénieux, 179.
 — par l'acide sulfurique, 106.
 — par l'ammoniaque, 363.
 Enchondrome du crâne, 106.
 — du maxillaire supérieur, 94.
 Épanchement pleurétique, 72.
 — sanguin de la rate, 82.
 Epaupe (luxation de l'), 163, 263.
 — suivie d'arthrite suppurée, 396, 495.
 Epiploon (cancer de l'), 7, 251.
 Erectile (tumeur), 355.
 Estomac (cancer de l'), 90, 110, 226, 250, 337.
 — (hypertrophie de l'), 145.
 — (perforation de l'), 205, 211, 214.
 — (ulcère de l'), 8, 103.
 Étranglement dans les hernies, 199, 224, 249, 337, 516.
 Exstrophie de la vessie, 353.
 Extra-utérine (grossesse), 40, 120.

F

- Farcin chronique, 141, 499.
 Fémur (cancer du), 24.
 — (fracture du col du), 163, 220, 401, 418, 487.
 — (nécrose du), 60.
 — (ostéite du), 346.
 — (ostéophyte du), 182.
 Fibro-plastique (tumeur de l'amygdale), 151.
 — (tumeur du bassin), 18, 182.
 — (tumeur du cerveau), 362.
 — (tumeur de la mamelle), 37.
 — (tumeur du pied), 80.
 — (tumeur de la prostate), 97.
 Fièvre typhoïde. Voyez *intestins, ulcé-rations*, etc.
 Fistules intestinales, 178.
 — ombilicales, 178.
 — urinaires, 7.
 Foie (cancer du), 16.
 — (kystes hydatiques du), 43, 76, 185, 188.
 — (ruptures multiples du), 15, 260, 262.
 — (tubercules du), 157.
 Fœtus monstrueux d'une nouvelle es-pèce, 299.
 Fracture du bassin, 220.
 — du crâne, 39, 40, 107, 170.
 — du col du fémur, 163, 220, 401, 418, 487.
 — des côtes, 36.
 — du fémur (consolidée), 220.
 — de l'humérus, 420.
 — multiples, 216, 317.
 — du radius, 34, 39.
 — du radius et du cubitus, 39.
 — du rocher, 398.
 — des vertèbres, 107, 181, 228, 485.

G

- Ganglions (engorgement épithélial des), 373, 379.
 Gangrène aiguë du poumon, 176.
 — spontanée du pied, 172.
 Genou (tumeur blanche du), 220, 223, 346.
 Grossesse extra-utérine, 40, 120.

H

- Hématémèse, 211.
 Hématurie, 231.

- Hématurie dans la variole, 150.
 Hémorrhagie du cercelet, 224.
 — de la protubérance cérébrale, 113.
 Hernie inguinale, 199.
 — inguinale étranglée, 224, 249.
 — vaginale étranglée, 327, 518.
 — de la vessie, 199, 412, 520, 522.
 Humérus (cancer de l'), 36.
 Hydatides du foie, 43, 76, 183, 185, 188, 397.
 Hygroma antérotulien, 397.
 Hypertrophie du cœur, 103, 251.
 — du derme, 177.
 — de l'estomac, 145.
 — de la mamelle, 244.
 — de l'utérus, 13.

I

- Inguinale (hernie), 199.
 — (hernie étranglée), 224, 249.
 Insuffisance des valvules du cœur, 45, 186.
 Intestin (appendice de l'), 120.
 — (éruption dans l'), 402.
 — (inflammation du gros), 117.
 — (invagination triple de l'), 253, 513.
 — (ulcérations de l'), 18, 105.
 — (ulcération typhoïde de l'), 179, 184.
 Intestin grêle (perforation de l'), 16, 45.
 — (gros), — (ulcération de l'), 43, 514.
 Intestinale (fistule), 178.
 Invagination triple de l'intestin, 253, 513.

J

- Jambe (gangrène spontanée de la), 172.
 Jarret (kystes du), 336, 529.

K

- Kératite (nature de la), 423.
 — (évolution des), 356.
 Kystes de la base de la langue, 8.
 — de la bouche, 49.
 — hydatiques du bassin, 76, 412.
 — hydatiques du foie, 43, 76, 185, 188, 397.
 — du jarret, 337, 529.
 — multiples de l'ovaire, 154.
 — de la rate, 120.

- Kystes de l'ovaire, 10.
 — de l'ovaire et de la trompe, 13.
 — pileux de l'ovaire, 183, 257.
 — du poignet, 17.
 Kyste purulent, 23.

L

- Langue (kyste de la base de la), 8.
 — (ulcération de la), 13.
 Larynx (ulcération du), 149, 226.
 — (ulcérations tuberculeuses du), 154.
 Lipôme, 185, 226.
 — profond, 339.
 Luxation de l'épaule, 265.
 — capsule cicatrisée, 163.
 — suivie d'arthrite suppurée, 396.
 — de la deuxième phalange du troisième orteil, 216.
 — de la cinquième vertèbre dorsale sans fracture, 402, 495.
 — de la douzième vertèbre dorsale sans fracture, 407, 409.

M

- Maladie de Bright. Voy. *albuminurie*.
 Mamelle (hypertrophie partielle de la), 244.
 — (tumeur fibro-plastique de la), 37.
 Matrice. Voy. *utérus*.
 Maxillaire supérieur (enchondrome du), 94.
 Médiastin (cancer du), 19.
 Méningite cérébrale, 333.
 — spinale, 219.
 Moelle épinière (tubercules de la), 248.
 Monstruosité, 353, 397, 479.
 Monstruosité d'une nouvelle espèce, 299, 482.
 Muscles (cysticerques des), 91.
 — (altération graisseuse des), 50.
 Musculaire (anomalie), 15, 527.
 — (atrophie), 50.

N

- Nécrose du fémur, 60.
 — du pariétal, 117.
 Néphrite, 7.
 — calculeuse, 115.

- Nerf buccal (anomalie du), 109.
 — mylo-hyoidien (anastomose du), 109.
 Nerfs optiques (atrophie des), 247.

O

- Oblitération de l'artère hypogastrique, 250.
 — des artères du membre inférieur, produisant la gangrène sèche, 172.
 — du tronc veineux brachio-céphalique, 131.
 — de la veine cave supérieure, 5.
 — de la veine cave inférieure, 246.
 — des vaisseaux en général, 510.
 Œsophage (perforation de l'), 345.
 — (rétrécissement de l'), 235.
 Oreille (tumeur fibreuse du pavillon de l'), 250.
 Orifices du cœur (maladies des). Voyez *cœur, rétrécissement, insuffisance*.
 Orteil (luxation du troisième), 216.
 — (tumeur fibreuse de l'), 248.
 Os. Voy. *cancer, fracture*, etc.
 Ostéite du fémur, 346.
 — du tibia, 119.
 Ostéomyélite, 119, 336.
 Ovaire (cancer de l'), 257.
 — (kyste pileux de l'), 183, 257.

P

- Pariétal (nécrose du), 117.
 Parotide (abcès de la), 71.
 — (tumeur de la), 402.
 Pemphigus chez l'enfant, 190, 193, 196.
 Perforation de l'estomac, 196, 205, 211, 515.
 — de l'intestin grêle, 16, 45, 515.
 — de l'œsophage, 345.
 — du poumon, 79.
 Péricarde (adhérence du), 248, 361, 503.
 — (cancer du), 146.
 Pharynx (tumeur fibro-plastique du), 249.
 Pied (amputation partielle du), 339.
 — (tumeur fibro-plastique du), 80.
 Plaies de la cornée (leur mode de cicatrisation), 460.
 Plèvre (cancer du sternum et de la), 139.
 Pleurétique (épanchement), 72.
 Pneumonie suppurée, 73.

- Poignet (kyste du), 17.
- Polype de l'utérus, 183, 344.
- Poumon (abcès du), 356.
- (abcès du rein ouvert dans le), 56.
- (gangrène du), 176.
- (perforation du), 79.
- (rupture du), 317, 320, 508.
- Production cornée de la tête, 227.
- Prostate (abcès de la), 106.
- (cancer de la), 338.
- (tumeur fibro-plastique de la), 97.
- (tubercules de la), 240, 526.
- Protubérance annulaire (hémorrhagie de la), 113.
- Pubis (diastase des), 19.
- Pyélite, 56.
- Pylore (cancer du), 18.

R

- Rachis. (Voy. *vertèbres*.)
- Radius (fracture de l'extrémité inférieure du), 34, 39.
- Rate (épanchement sanguin de la), 82.
- (kystes de la), 120.
- Rectum (cancer du), 396.
- (rétrécissement du), 144.
- (végétations dans le), 145.
- Reins (abcès ouvert dans le poumon), 56.
- (calcul des), 115.
- (inflammation des), 7.
- Rétrécissement aortique, 38, 45, 72, 188, 221, 500.
- auriculo-ventriculaire, 188, 251.
- de l'œsophage, 235, 512.
- du rectum, 144.
- du tube digestif, 512.
- Rétroversion de l'utérus, 116.
- Rocher (fracture du), 398.
- Rupture de l'aorte, 317, 320, 507.
- du foie, 15, 260, 262.
- du poumon, 317, 320, 508.
- de l'utérus, 63.

S

- Sang (transfusion du), 118.
- Sous-orbitaire (tumeur de la région), 33.
- Spina-bifida, 299, 347, 482.
- Sternum (cancer de la plèvre et du), 135.
- Suppuration du poumon, 73.

T

- Testicules (atrophie des), 352.
- Testicule (cancer du), 172.

- Testicule (cancer doublé du), 345.
- (tubercules du), 240, 343, 355.
- Tibia (ostéite du), 119.
- Tissus non vasculaires (cicatrisation des), 423.
- Trachéotomie (discussion sur la), 89.
- Transfusion du sang, 118.
- Travail de la cicatrisation dans les plaies de la cornée, 460.
- Trompes (kystes des), 13.
- Trou de Botal (persistance du), 1.
- Tubercules du cubitus, 35.
- du duodénum, 247.
- du foie, 157.
- de la moelle épinière, 248.
- des organes génitaux, 157.
- de la prostate, 240.
- du testicule, 240, 343, 355.
- de la veine cave inférieure, 335.
- Tumeur blanche du coude, 42.
- du genou, 220, 223, 346.
- colloïde du corps pituitaire, 82.
- Tumeurs érectiles (kystes dans les), 355.
- Tumeur fibreuse du lobule de l'oreille, 18, 154, 250.
- de l'orteil, 248.
- de l'ovaire, 39.
- du larynx, 249.
- Tumeur fibro-plastique de l'amygdale, 151.
- du bassin, 18, 82.
- du cerveau, 362.
- de la mamelle, 37.
- du pied, 80.
- de la prostate, 82, 97.
- de la parotide, 401.
- de la région sous-orbitaire, 33.
- Typhoïde (abcès multiples dans la fièvre), 80.
- (abcès du poumon), 73.
- (ulcérations de l'intestin). (Voy. *intestin*.)

U

- Ulcérations du cartilage costal, 23.
- de la cornée (leur cicatrisation), 460.
- de l'estomac, 103.
- de l'intestin grêle, 43, 104, 504.
- du gros intestin, 18.
- de la langue, 113.
- du larynx, 89, 149, 226.
- tuberculeuses du larynx, 154.
- typhoïdes de l'intestin, 179, 184.
- Ulcère simple de l'estomac, 8.
- Urètre (calcul de l'), 151, 221, 337.

Urinaires (istules), 7.
 Urines dans l'albuminurie, 218.
 Utérine (caduque), 49.
 Utérus (antéflexions de l'), 22.
 — (cancer du col de l'), 13.
 — (corps fibreux de l'), 10, 106, 135, 155.
 — double, 353, 397, 482.
 — (hypertrophie de l'), 13.
 — (polype de l'), 183, 344.
 — (rétroversion de l'), 116.
 — (rupture de l'), 63.
 — (tumeur fibro-musculaire de l'), 52.

V

Vagin double, 353, 397, 482.
 Valvules du cœur (insuffisance des), 45, 186. (Voy. cœur et orifices, etc.)
 Variole (hématurie dans la), 150.
 Végétations dans le rectum, 145.

Veine cave inférieure (caillots dans la), 145, 246.
 — cave supérieure (oblitération de la), 5.
 — cave inférieure double, 344.
 — cave inférieure (tubercules de la), 335.
 Vertèbres (carie des), 253.
 — (fracture des), 107, 181, 228, 486.
 — (cinquième dorsale luxée sans fracture), 402, 409.
 — (douzième dorsale luxée sans fracture), 407, 409.
 Vésicule biliaire (abcès de la), 396.
 — (cancer de la), 170, 173.
 — séminale (absence de l'une), 154.
 — (atrophie de la), 105.
 — (tubercules du), 240.
 Vessie (absence de la), 116.
 — (calcul de la), 222, 223, 337.
 — (extrophie de la), 353.
 — (hernie de la), 199, 412, 520.
 — (kyste hydatique de la), 76.
 Vices de conformation, 353, 397, 482.

TABLE

DES

TRAVAUX ORIGINAUX, OBSERVATIONS ET MÉMOIRES.

- Bailly*. Déchirure de l'aorte et du poumon, 317.
Bidard. Luxation de l'épaule et fracture du col du fémur, 163.
— Fracture du crâne, 170.
— Pemphigus chez un enfant nouveau-né, 190.
— Observation d'un enfant né avec un pemphigus, antécédents des parents, 196.
— Luxation complète de l'humérus en arrière, variété de luxation incomplète de l'extrémité externe de la clavicule, 265.
— Hernie vaginale funiculaire étranglée, 327.
Bignon. Perforation tuberculeuse de l'estomac; — Hématémèse mortelle, 211.
Blin (Louis). Tumeur fibro-musculaire de l'utérus, ramollissement gélatiniforme de nature inflammatoire, 52.
Boullay. Rapport sur un cas de pyélite chronique, 59.
Bouteillier (de Rouen). Description d'un fœtus monstrueux d'une nouvelle espèce, 299.
Broca. Rapport sur un cas d'abcès lombaire communiquant avec le colon descendant, 371.
— Rapport sur un cas de cancroïde de la face, et sur l'engorgement épithélial des ganglions, 379.
— Mémoire sur la cataracte capsulaire avec quelques réflexions sur les affections désignées sous les noms de *capsulite* et de *kératite*, 423.
Desnos. Ruptures multiples du foie, 260.
Desruelles. Syphilis chez l'enfant nouveau-né, 193.
Dolbeau. Cancer squirrheux du testicule gauche, 172.
Duchaussoy. Entéro-cystocèle inguinale, étranglement de l'anse intestinale, kélotomy. — Incision de la vessie, 199.
Dufour. Tubercules des poumons, des voies génito-urinaires et du foie, 157.
Foucher. Compte rendu des travaux de la Société pour 1853, 477.
Gaube. Grossesse extra-utérine, hématocele rétro-utérine, 120.
Gaujat. Tumeurs cancéreuses du crâne, du fémur et du petit orteil, 24.
— Fracture de la colonne vertébrale, 228.
— Rapport sur les déchirures de l'aorte et du poumon, 320.
Géry. Rétrécissement organique de l'œsophage, 235.

- Goupil.* Anévrysme disséquant de l'aorte, 276.
Graü. Rapport sur les ruptures du foie, 262.
Isambert. Tumeur de la prostate, rétention d'urine, néphrite purulente, 97.
Laboulbène. Abscès lombaire communiquant avec le colon descendant, 368.
 — Cancroïde de la joue et des lèvres, ganglions sous-maxillaires engorgés, 373.
Landry. Luxation en arrière sans fracture de la cinquième vertèbre dorsale sur la sixième, 402.
 — Luxation en arrière sans fracture de la douzième vertèbre dorsale sur la première lombaire, 407.
Lebert. Rapport sur un cas de cancer des os du crâne, 31.
Leudet. Rapport sur un travail de M. Pavy sur l'étude histologique de la maladie de Bright, 271.
 — Rapport sur l'anévrysme disséquant de l'aorte, 287.
Marcé. Pyélite chronique, communication du foyer purulent avec le colon et le poumon droit, 56.
 — Nécrose de l'extrémité inférieure du fémur, séquestres invaginés, désarticulation de la cuisse, 60.
 — Rapport sur les luxations sans fracture de la colonne vertébrale, 409.
Millard. Perforation de l'estomac, péritonite consécutive, 205.
Morétin. Corps fibrineux, cylindriques expulsés par l'urètre, 231.
Passant. Anévrysme de la crosse de l'aorte, 39.
Perrin. Kyste hydatique du bassin ayant déterminé une hernie de la vessie, 412.
 — Fracture extra-capsulaire du col du fémur, 418.
 — Fracture du col chirurgical de l'humérus, 429.
Prost. Anévrysme de la crosse de l'aorte, 131.
Rouget. Altération remarquable des os du crâne, 363.
Taurin. Rupture de l'utérus pendant le travail, version de l'enfant, mort le lendemain de l'accouchement, 63.
-

NOMS

DES

PRÉSENTATEURS DE PIÈCES OU OBSERVATIONS

MENTIONNÉES DANS CE VOLUME.

- | | |
|---|--|
| Alby, 49. | Goupil, 224, 247, 248, 276. |
| Arrachard, 37, 106, 118, 119. | Grappin, 80. |
| Axenfeld, 76, 226, 361, 362. | Graü, 263. |
| Bailly, 18, 317. | Grellet, 154. |
| Barth, 2, 4, 6, 8, 72, 73, 80, 86, 88, 103, | Henry, 82, 145. |
| 104, 105, 113, 145, 148, 150, 178, | Icery, 73, 82, 135. |
| 331, 333, 338, 345. | Isambert, 18, 41, 97. |
| Bauchet, 10, 13, 216, 220, 245, 337. | Laboulbène, 368, 373. |
| Bidard, 106, 163, 170, 190, 196, 224, | Lagneau, 344. |
| 265, 327, 345, 356. | Lambert, 89, 91, 214. |
| Bignon, 211. | Landry, 402, 407. |
| Blain des Cormiers, 219, 402. | Lebert, 31. |
| Blin (Louis), 23, 39, 52, 116, 241. | Lesserré, 398. |
| Boullard, 108, 111, 339. | Leudet, 7, 43, 45, 82, 117, 120, 144, |
| Boullay, 59. | 145, 185, 187, 218, 246, 247, 250, |
| Bourreau, 176, 179. | 253, 272, 287, 362, 363, 396, 397. |
| Bouteiller, 184, 227, 299. | Mahieux, 148, 176, 179, 180. |
| Broca, 2, 4, 6, 8, 15, 16, 18, 22, 47, 49, | Maingault, 88, 108. |
| 184, 216, 226, 227, 343, 355, 371, | Marce, 56, 60, 144, 409. |
| 379, 423. | Mauriac, 183. |
| Bucquoy, 16, 226, 251, 253. | Maurice, 249, 491. |
| Canuet, 33, 36, 107. | Milard, 42, 79, 195, 205, 397. |
| Charrier, 48, 221. | Moreau (Ar.), 71. |
| Cruveilhier, 50, 178, 347. | Morétin, 231, 243. |
| Denucé, 15, 94, 355. | Parmentier, 36. |
| Depaul, 2, 22, 353, 395, 397. | Passant, 391. |
| Desnos, 180, 260. | Pavy, 272. |
| Desruelles, 193. | Perrin, 412, 418, 429. |
| Dolbeau, 172, 401. | Pibret, 1, 21. |
| Duchaussoy, 18, 150, 177, 199, 248, | Pise, 40, 76. |
| 346. | Prost, 39, 131, 154. |
| Duclos, 115. | Robinet, 19. |
| Dufour, 154, 157, 350, 358. | Rombeau, 151, 152, 177, 182, 183, 188, |
| Duménil, 113. | 220, 248, 249, 396, 397, 402. |
| Fourrier, 117. | Rouget, 363. |
| Foucher, 119, 216, 226, 335, 336, 344, | Roussel, 19. |
| 477. | Roussin, 43. |
| Gaillet, 109. | Taurin, 63. |
| Gallard, 7, 17. | Titon, 34, 35, 38, 116. |
| Gaube, 110, 120, 186, 188. | Trélat, 40. |
| Gaujot, 24, 228, 320, 339. | Vautier, 106, 223. |
| Genouville, 139, 141. | Verneuil, 8, 17, 246, 335, 355. |
| Géry, 8, 184, 221, 224, 235, 250. | Vidal, 18, 23, 44, 45, 90. |

